

Cette semaine, entre autres...

Les chroniques 2012 de l'UNHPC

Tome IV
2012



*Cette semaine,
entre autres...*

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tome IV
2012



UNHPC

Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie

Conception et réalisation : UNHPC
Impression : Présence Graphique
©Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC)
Janvier 2013
81 rue de Monceau - 75008 Paris
www.unhpc.org

Cette semaine, entre autres...

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tomes IV

2012



**Union Nationale
Hospitalière Privée
de Cancérologie**

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

Cette semaine entre autres...

Introduction

Depuis presque 4 ans, chaque lundi paraît la chronique de l'UNHPC "*Cette semaine entre autres...*". Elles sont l'œuvre de Gérard Parmentier.

Au fil des semaines, des textes d'analyse et des commentaires qui nous donnent à lire sur l'actualité touchant aux champs de compétence de l'UNHPC - dont il assume quotidiennement l'animation, la défense et l'illustration depuis plus de 10 ans - sont devenus de vrais dossiers thématiques : nous sommes de plus en plus nombreux à nous y référer au-delà même de nos métiers et de nos organisations propres.


C'est ce que dit, et avec quelle éloquence, Jean de Kervasdoué dans la préface qu'il nous fait l'honneur et l'amitié de nous écrire ; il y souligne la qualité et l'originalité de l'expertise de Gérard Parmentier, qu'il s'agisse de médical, de politique et d'économie de la santé ou de santé publique...

Aussi, ai-je demandé à Gérard de publier, cette année encore, ces chroniques de 2012 : d'utiles, elles sont devenues en effet à beaucoup d'entre nous, acteurs de santé, indispensables.

Au service finalement de toutes les personnes touchées par le cancer.

Merci Gérard !

Tarbes, le 22 janvier 2013



Docteur Bernard Couderc
Président

Ceux que ces Chroniques intéressent peuvent s'y abonner par simple demande à l'adresse suivante : unhpc-vd@wanadoo.fr ou les télécharger sur notre site www.unhpc.org



Cette semaine entre autres...

Préface

Unique

par Jean de Kervasdoué

*Professeur titulaire de la chaire
d'Economie et de gestion des services de santé
du Conservatoire national des arts et métiers*

Il n'y a pas d'équivalent aux "Chroniques" de Gérard Parmentier.

Ce formidable chasseur de documents est un des rares, sinon le seul, à suivre de manière quasi exhaustive ce qui se publie sur tous les sujets de politique de santé avec une précision toute particulière pour les établissements hospitaliers et la cancérologie. Il suffit pour s'en convaincre d'ouvrir et de classer les documents, rapports, articles et textes qu'il nous envoie. Ce n'est déjà pas facile de s'astreindre à les ranger dans nos fichiers, mais de là à les trouver ! Merci.

Cela n'est pas rien, car l'incontinence bureaucratique s'aggrave et avec elle l'insécurité juridique. Si les règlements, quand ils ne sont pas appliqués, créent de la délinquance, c'est aussi le cas quand ils ne sont pas connus et les connaître n'est pas tâche facile. Non seulement donc les a-t-il trouvés, mais il les a aussi lus et, pour nous, les a hiérarchisés, c'est l'objet de sa chronique hebdomadaire que l'on trouve rassemblée dans ce formidable livre.

Au premier niveau, grâce à lui, grâce à elle, on n'a pas l'air totalement idiot quand on vous glisse dans la conversation que tel ou tel Parlementaire vient d'être chargé d'une mission ou de publier un rapport, que tel taux a été fixé, que le nouveau Plan Cancer vient de sortir ou que le professeur X a fait une déclaration tonitruante ou publié un papier plus ou moins original.

Mais c'est aussi autre chose que l'on découvre quand on regarde le plan de ce nouveau livre. Gérard Parmentier écrit chaque année, pour nous, une pièce de théâtre, théâtre politique certes, mais théâtre où la (voire

le) Ministre tient le premier rôle. Si ce rôle est le moins écrit, il s'agit néanmoins de variations sur des thèmes connus : déficit, qualité, inégalité, transparence, scandale, tabac, alcool, mélanome, dépistage, radiothérapie, chirurgie ambulatoire, Plan Cancer, médecins, infirmières, conventions, fin de vie, T2A ...

Les acteurs sont typés, si bien qu'à force on pourrait, sans beaucoup se tromper, écrire leur texte avant de les avoir lus. Ce qui varie c'est l'importance donnée par l'agenda politique à tel ou tel sujet. Certains reviennent avec les saisons, il en est ainsi de l'ONDAM et du déficit de l'assurance maladie ; d'autres apparaissent au gré de l'agenda politique comme, pour l'année passée, la question de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et, plus tard, celle du dépassement d'honoraires des médecins au secteur 2. Mais là aussi la scène était classique : chacun a joué son rôle dans la tradition et, si classiquement d'ailleurs que, pour les dépassements d'honoraires, cette scène, jouée pour la première fois en 1928, se jouera encore en 2013.

Bien entendu cette pièce est une tragédie, car derrière il y a des hommes et des femmes qui souffrent et d'autres, trop nombreux encore, qui meurent. Gérard nous les fait voir. Il est donné à peu de spécialistes la capacité d'analyser et de prédire les conséquences pour les malades et les acteurs du système de tel acte administratif ou de telle déclaration politique. Gérard a une passion contenue dans l'expression, mais sa passion est profonde. Il abhorre toute forme de discrimination ou d'injustice. Il détecte les pensées qui se veulent profondes alors qu'elles ne sont que creuses. Il ne prend pas les mots pour les choses, mais les responsables, toujours courtoisement, pour ce qu'ils sont.

Aussi en tournant les pages qui vont suivre, vous allez découvrir, apprendre ou vous remémorer tel ou tel texte, réflexion, règlement, plan ou rapport, mais aussi, et surtout, vous allez voir des hommes et des institutions jouer leur rôle pour, pensent-ils, le bien de tous.

Bonne lecture !

Au CNAM, le 18 janvier 2013

Tables des matières

Introduction de Bernard Couderc	1
Préface de Jean de Kervasdoué	3
Index	13
Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC - Année 2012	21
1 - lundi 9 janvier 2012 : Primo-prescription et autres questions d'actualité	23
La primo-prescription... encore !	
Recherche sur le cancer	
Visite de la Ministre	
TVA "sociale"	
Implants mammaires	
Fraudes et activités abusives	
USA	
2 - lundi 16 janvier 2012 : Système de santé et intérêt général	31
Vers un nouveau Plan Cancer ?	
La fin du Programme soins palliatifs ?	
Refonder notre protection sociale	
La légitimité à l'hôpital	
La "Plateforme" de la FHF	
3 - lundi 23 janvier 2012 : Primo-prescription - Anesthésistes	45
Primo-prescription	
Clientèle ?	
Le nouveau guide CPOM	
Arrêt temporaire de cette chronique	
7 - lundi 10 février 2012 : Un mois bien classique	53
Le meilleur système de santé	
Plan Cancer, INCa et Cour des Comptes	
Dépassements d'honoraires, encore...	
Convergence	
MIG "coordination"...	
Chirurgie ambulatoire, encore...	
Et encore...	
8 - lundi 27 février 2012 : Dépassements d'honoraires et autres sujets	63
Dépassements d'honoraires, encore...	
Nos "Chroniques" sous forme de livre	
Les enseignements de l'édition de "MediSigles"	
Trois évolutions majeures	
9 - lundi 5 mars 2012 : La santé oubliée, réfléchie, guidée	73
Le patient au centre...	
Rôle de l'INCa	
Médicament...	

10 - lundi 12 mars 2012 :	Tabac - Evènements indésirables - Allemagne - Euthanasie.....	85
	Tabac France - Allemagne Euthanasie Evènements indésirables	
11 - lundi 19 mars 2012 :	Avancées et reculs sur d'importants dossiers..	93
	Evènement indésirable et protection des déclarants Productivité ? Oncologie médicale, encore Chirurgie ambulatoire, encore	
12 - lundi 26 mars 2012 :	Réglementation des dépassements - Cartographie.....	105
	Dépassements - Initiative des professionnels Dépassements - Textes réglementaires Avenir de la médecine La cartographie des flux de patients Mais aussi...	
13 - lundi 2 avril 2012 :	Allocation de ressources - Performance - Productivité.....	119
	Paiement à la performance Vous avez dit "forfait" ? Vers une réforme de fond en Angleterre ? L'Angleterre débat de la productivité du NHS	
14 - lundi 9 avril 2012 :	Le temps des initiatives	129
	Présidence du CNC Victor Izraël et le nouveau Plan Cancer Coup de colère de Joël Ménard Radiothérapie Colloque du Bloc sur les dépassements Demande d'avis en anatomocytopathologie	
15 - lundi 16 avril 2012 :	Un article et quatre publications	143
	La MECSS auditionne sur la T2A Plan Cancer - Evaluation à mi-parcours Un guide "opérationnel" de gestion du risque	
16 - lundi 23 avril 2012 :	Organisation hospitalière, chirurgie ambulatoire	155
	Réforme et hôpital public Chirurgie ambulatoire	
17 - mercredi 2 mai 2012 :	Crise financière et systèmes de santé	165
	Campagne électorale et système de santé Des réflexions en provenance de l'étranger CLAHP et CME Accès aux missions de service public Alerte sur l'espérance de vie sans incapacité La FHF surprend !	

18 - lundi 7 mai 2012 :	Dettes, financement et avenir du système 179 DGOS et évolution du modèle de financement USA : débat sur l'origine des réductions de coût La France et le "modèle" chinois Médecine et comportement rationnel L'indépendance des laboratoires de biologie François Hollande Président de la République
19 - lundi 14 mai 2012 :	Annonce - Anapath - Suisse - Japon 189 Etude INCa sur le ressenti de l'annonce Rapport anatomie et cytologie pathologiques Régulation financière au Japon Référendum sur les réseaux en Suisse
20 - lundi 21 mai 2012 :	Nouveau Ministre, déficit et dette - Que faire ? 203 Une nouvelle Ministre La mesure du gouffre Le bal des hypocrites Vers un pilotage efficace Qu'est-ce que réformer ? Quelques chantiers de réingénierie nécessaire
21 - mardi 29 mai 2012 :	Entre deux périodes électorales 221 <i>"On ne peut pas dire que..."</i> Les décrets d'attribution Nomination des premiers "Conseillers" Signaux faibles... Vers une vague de restructuration aux USA ?
22 - lundi 4 juin 2012 :	Ordre - Régulation - Installations - Rémunérations 233 Les recommandations du Conseil de l'Ordre La "répartition régionale inégale des médecins" "Les rémunérations" "La belle endormie" Quelques brèves sur la semaine
23 - lundi 11 juin 2012 :	ASCO - Délais - Tabac - Mc Donald - Inde 243 ASCO 2012 Mesurer nos délais, enfin ! Tabac, conflits d'intérêts et corruption Familles hospitalisées et McDonald Innovation dans les hôpitaux indiens
24 - lundi 18 juin 2012 :	Hospi-Diag - Le Point - L'accès à l'information 261 "Le scandale des Hôpitaux" - Les auteurs "Le scandale des Hôpitaux" - Les sources "Le scandale des Hôpitaux" - Quels enseignements ?
25 - lundi 25 juin 2012 :	L'INCa et la situation de la radiothérapie 271

- 26 - lundi 2 juillet 2012 : **Du village global à notre actualité** 279
 Etats-Unis, Cour suprême et réforme de santé
 Une directrice pour l'INCa
 Utilisation des indicateurs
 Faites du sport !
- 27 - lundi 9 juillet 2012 : **Une circulaire et surtout les échéances** 289
 Centres de référence, labellisation,
 structures spécialisées
 Facturation "normale" ... enfin !
 Autorisations en radiothérapie
 Agnès Buzyn
 Les échéances
- 28 - lundi 16 juillet 2012 : **Dépassements d'honoraires, encore, enfin ?** 301
 Un système mortifère pour les métiers auxquels
 il s'applique
 Où en est-on cette semaine ?
 Autrement dit, les choses sont-elles mal parties ?...
 Quelques devoirs de vacances ...
 Pas de chaîne de télévision consacrée au vin...
- 29 - lundi 23 juillet 2012 : **Une semaine très chargée** 323
 Un débat public sur l'euthanasie et
 les soins palliatifs
 Disparition des Ordres ?
 Le départ de Claude Gueldry
 Signaux faibles ...
 Liste d'établissements ou liste de conditions ?
 Urgences en moins de trente minutes
 Santé et justice
 Hospi-Diag
 Orientations à moyen terme
 Qu'est-ce que restructurer un hôpital ?
- 30 - lundi 30 juillet 2012 : **Problèmes anciens et problèmes nouveaux** ... 339
 Dépassements : réduire ou régler le problème ?
 La T2A interroge les sénateurs
 Claude Gueldry et le BAQIMEHP
 Alerte rouge sur les tissus humains !
 Un modèle de statuts pour les SISA
 L'infirmière oncologue... aux USA
- 34 - lundi 27 août 2012 : **Réinventer le système de santé** 357
 Petit bilan après deux mois d'été
 Réflexions sur les "économies" aux USA
 Terra Nova "réinvente" le système de santé
 Chirurgie ambulatoire : toilettage des décrets
 de 1992
- 35 - lundi 3 septembre 2012 : **La chirurgie ambulatoire, priorité lente** 373
 Une nouvelle Déléguée à la FHP
 Le nouveau décret "Chir ambu"
 Chirurgie ambulatoire : vers un consensus
 européen sur les indicateurs ?

36 - lundi 10 septembre 2012 :	L'hôpital, la crise et la réforme 387	Réformer ? Les "réseaux de santé" véritables "acteurs de la prise en charge" ? L'hôpital : une "entreprise" ? Un débat bien de chez nous... Militance et responsabilité dans les annonces La certification des comptes dans les hôpitaux
37 - lundi 17 septembre 2012 :	De la confusion et des rapports clarificateurs 403	Dépassements d'honoraires : leadership, stratégie, mobilisation Le Conseil d'Etat, les agences et l'Etat Le rapport 2012 de la Cour des Comptes
38 - lundi 24 septembre 2012 :	Vive la protection sociale ! 415	Un livre précieux pour la démocratie sanitaire Les Agences, le Conseil d'Etat et l'Inspection Générale des Finances La "restauration" et le "redressement" Le Haut Conseil du financement de la protection sociale L'expérience des patients et des "usagers"
39 - lundi 1 ^{er} octobre 2012 :	Le débat sociétal sur l'euthanasie 429	Le premier débat organisé par la Mission sur la fin de vie Une tribune surprenante sur l'hôpital public Les débuts du procès d'Epinal
40 - lundi 8 octobre 2012 :	Fin de vie et autres faits d'actualité 439	La fin de vie à la une Il faut sauver le soldat ACP Grande presse, surdépistage, surdiagnostic et surtraitement du cancer du sein Le Congrès des réseaux de cancérologie Hommages au Président Couderc
41 - lundi 15 octobre 2012 :	Que devient l'INCa ? 455	Expérimentation "parcours personnalisé" L'avenir institutionnel de l'INCa Comment rémunérer nos métiers et nos activités ?
42 - lundi 22 octobre 2012 :	De grandes orientations pour notre système de santé 467	Bernard Couderc, l'INCa et les médecins libéraux Les "négociations" conventionnelles et les dépassements Deux grands discours devant la Mutualité Française

44 - lundi 5 novembre 2012 :	Réflexions et accord sur l'allocation de ressources	481
	L'IGF, la T2A et la CCAM L'avenant n° 8 : réforme ou placebo ?	
45 - lundi 12 novembre 2012 :	Comment assurer le respect de l'ONDAM ?	497
	Régulation par les prix ? Carnets de santé de la France - 2012	
46 - lundi 19 novembre 2012 :	Fin de grève	511
	Il faut savoir finir une grève... Nouveau Plan Cancer ? Nouvel INCa ? Chimiothérapies et fin de vie Incertitudes en réanimation Fin de vie des immigrés malades du cancer	
47 - lundi 26 novembre 2012 :	De la vraie nature des réformes et de notre futur	527
	Réunion à l'Elysée sur le cancer Les pathologistes publient pour encourager l'Etat à faire ce qu'il a dit qu'il fallait faire Dans le contexte actuel, certains représentants de la FHF se sentent pousser des ailes	
48 - lundi 3 décembre 2012 :	Equité et vision dans l'organisation et la régulation	541
	Réunion à l'Elysée Enveloppe et stratégie Les réseaux : un sujet sérieux Naissance d'un futur géant ? Essais cliniques et délits d'initiés	
49 - lundi 10 décembre 2012 :	De l'objectivité pour de l'efficace	553
	Le troisième Plan Cancer Présidentiel Un débat chez les socialistes ? L'avenir de la T2A Faire face à des comportements hostiles Premières données factuelles sur la fin de vie en France	
50 - lundi 17 décembre 2012 :	Vers une réforme de la T2A	567
	Installation d'un Comité de réforme de la tarification Misère et stratégie d'établissement	
51 - lundi 24 décembre 2012 :	Fin de vie, pratiques et réglementation	577
	Le rapport de la commission Sicard Régulation, technicité, équité, efficacité Nominations au Cabinet	

52 - lundi 31 décembre 2012 :	D'une année à l'autre	589
	Comment changer les comportements à risque ?	
	T2A et qualité des soins	
	Volume de la réglementation et des courriers	
	aux adhérents	
	Vœux pour la nouvelle année	
	Présentation des applications smartphones de l'UNHPC :	603
	Les Chroniques UNHPC 2009-2011 publiées l'an dernier :	609

Ces Chroniques sont reproduites ici
telles qu'elles sont parues, au fil des semaines.

INDEX

A

ABIM
 (American Board of International Medicine) 181, 396
Académie de Chirurgie 240
Académie Nationale de Médecine 93 à 96
Accès à l'information 261
B. Accoyer 547
Accréditation 347
Acheteur 209, 245
ACHS (Australian Council on Healthcare Standards) 284
ACP (Anatomie et Cytologie Pathologiques) 77, 78,
 193, 196, 443, 444, 532 à 535
Actes médicaux (tarification) 483 à 490
Activité abusive 27, 28
Activité fautive 28
Activité libérale 309
Activité physique 286, 448, 591
Adhérents 358, 594, 595
ADMD (Association pour le Droit
 de Mourir dans la Dignité) 89, 325, 580
AFAQAP (Association Française d'Assurance
 Qualité en Anatomie et cytologie Pathologiques) 78, 444
AFCA (Association Française de
 Chirurgie Ambulatoire) 31, 160, 378, 381
AFSOS (Association Francophone
 pour les Soins Oncologiques de Support) 448
AFSSAPS (Agence Française de Sécurité
 Sanitaire des Produits de Santé) 79, 283
Agences 208, 403, 407 à 410, 422 à 424, 461
Alcool 87, 318
ALD (Affection de Longue Durée) 134, 213
Allemagne 88, 489
Allocation de ressources 119, 123, 171,
 196, 198, 210, 237, 303 à 306, 481
ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance
 des établissements de santé et médico-sociaux) 160, 161,
 263, 264, 267, 331, 389, 423
ANEMF (Association Nationale des Etudiants
 en Médecine de France) 166
Anesthésie 47, 121, 122
Anesthésistes 45, 47
Angleterre 123, 124, 241
Annonce 189 à 192
AP-HP (Assistance-Publique Hôpitaux de Paris) 433
APM (Agence de Presse Médicale) 244
Appendicectomie 240
Approches tarifaires 487

ARS (Agence Régionale de Santé) 46, 113, 295, 413
ASCO (American Society
 of Clinical Oncology) 244, 245
ASN (Autorité de Sûreté Nucléaire) 435
Associations 543
ATI (Agence Technique de l'Information
 sur l'Hospitalisation) 359, 482
M. Attal 450
R. Aubry 33, 325, 326, 442, 520, 563
Auditions MECSS 146, 168, 239, 341 à 345
Auditions M. Touraine 240
Autorisation 46, 208, 209, 289 à 295
Avenant n° 8 (Convention)
 470 à 475, 481, 491, 497, 551
Avenir 25, 34, 49, 109, 179,
 215, 374, 396, 406, 455, 461
J.-M. Ayrault 226, 296, 583

B

A. Babeau 34
U. Baccaglini 383
G. Bapt 228
BAQIMEHP (Bureau d'Assurance Qualité et de
 l'Information Médicale et Economique
 de l'Hospitalisation Privée) 329, 346 à 349
C. L. Bardes 75
E. Bauvin 447
F. Bayrou 62
G. Bazin 47, 263
D. Benamouzig 363, 365
Bercy 207
Ph. Bergerot 190
N. Berra 25
D. Bertinotti 203
X. Bertrand 26, 64, 135, 155, 407, 468
D. Berwick 214, 362, 573
J. Bichot 136
Biologistes 185
C. Blein 136
F. Boiron 155, 239, 240
G. Bontemps 263
L. Borella 136, 137
Bouclier sanitaire 62, 109, 212 à 214, 312
P.-L. Bras 136, 224, 226, 483
R. Briet 300
Bulletin de sortie 378
Y. Bur 85 à 87

A. Burstin	282, 283, 514	CNAO (Collectif National des Associations d'Obèses)	250
A. Buzyn	135, 296, 468, 514	CNC (Conseil National de Cancérologie)	129, 469
C			
CADA		CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins)	64, 233 à 236, 412, 482
(Commission d'Accès aux Documents Administratifs)	264	CNOSS	
J. Cahuzac	208, 224	(Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale)	99
Campagne électorale	73, 165, 243	CNPath (Conseil National Professionnel des Pathologistes)	78, 194, 444
Campagne tarifaire	100	CNPCMEHP (Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée)	173
P. Camporese	383	CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique)	548
Canada	68, 460 à 465, 494	Coefficient de minoration	498 à 506, 582
Cancer	25, 246, 445, 446, 456, 515, 516, 521, 528, 529, 590	P. Cohen	449
Cancérologie pédiatrique	99	Ph. Cohen	48
E. Caniard	107, 310, 472, 497, 546	J.-M. Cohen-Solal	136
F. Capron	194	J.-M. Coindre	138
CAPTOR (CAncer Pharmacology of Toulouse Oncopole and Region)	25, 114	P. Cojan	133
M.-A. Carlotti	203	Colloque	74, 136, 554
Carnets de santé	506	Colloque singulier	304, 445, 471
Cartographie	105, 110	COMEVA (Comité National de l'Evaluation Médicale de l'Hospitalisation Privée)	347
C. Castoro	383	Comité national de suivi (Radiothérapie)	59, 135
CBU (Contrat de Bon Usage)	60	C. Compagnon	426
CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)	482, 485, 486, 535	COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière)	180
CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique)	325, 579	Comportement à risque	590
Centre de référence	289 à 293	Comportement hostile	559, 562
Certification	227, 228, 412, 537	Comportement rationnel	184
Charte	132, 133	Comptes hospitaliers	227, 228
Charte d'Ottawa	598	Comptes nationaux de la santé	96
M. Chassang	107, 166, 310, 360, 342	Concertation	113
B. Chauvet	130, 435	Concurrence	39, 123, 160, 193, 265, 318, 354, 487, 505, 546, 566
Chimiothérapie	24, 510, 518	Conflits de modes de rémunération	147, 463
Chirurgie ambulatoire	31, 57, 58, 76, 100, 155, 160, 162, 367, 373 à 382, 486	Conflits de pouvoirs	24, 111, 365
Choosing Wisely	181, 188, 396	Conflits d'intérêts	55, 149, 186, 200, 213, 247, 367, 388, 412, 443, 474, 547, 549, 582
Chroniques	66	Confusion	49, 90, 104, 137, 174, 176, 194, 207 à 210, 263, 267, 340, 373, 395, 404, 406, 416, 427, 441, 447, 464, 472, 512, 514, 532, 540 à 547, 549
CICE (Crédit d'Impôt Compétitivité Emploi)	582	Conseil d'Etat	318, 403, 407
CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé)	74, 108, 166, 341, 471, 492, 547	Conseillers	226
Citations qualité hospitalière	66	Consortium CLARTE (Consortium Loire-Atlantique Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé)	284
CLAHP (Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée)	105, 106, 172	Convention	471, 481, 491
J.M. Clément	42		
Clientèle	47 à 49		
Cliniques	25, 98, 221, 222, 263, 365		
CME (Conférence Médicale d'Etablissement pour les établissements de santé privés)	105, 172, 173		
CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)	27, 64, 193, 263, 346, 488		

Convergence	57, 503, 504	DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées complémentaires de Cancérologie)	24, 47
Coopération	39, 40, 108, 154, 158, 159, 176, 215, 235, 283, 295, 340, 350, 365, 389, 448, 535, 560, 561, 571, 584	Dette	179, 203, 205
Coordination des soins	57, 213, 398	B. Devalois	587
Coordination renforcée	107	DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)	23, 58, 114, 161, 179, 194, 211, 264, 276, 330, 377, 456, 533
Coordonnateur	379	J. Domergue	71
Corps d'inspection	537	Double lecture systématique	77, 138, 194, 291, 444, 452, 535
Corruption	247	DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)	90, 96, 110, 481
B. Couderc	129, 135, 447, 449, 450, 468, 469	Droit coopératif	185, 215, 350
A. Coulomb	112, 180, 263, 346, 389	DSDP (Day Surgery Data Project)	380 à 382
Cour des Comptes	54, 297, 403, 410	O. Duranteau	166
Cour suprême	279	J.-L. Durousset	531, 544
C. Courrèges	226		
Coût	179, 180, 198, 463, 488, 558	E	
E. Couty	175, 392, 569	EAHC	(Executive Agency for Health and Consumers) 383, 386
CPOM		Echelle commune de référence	211, 490
(Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens)	49, 113	Education	216, 296
Crise	165, 387	Efficacité	581
Critères d'agrément	291	A. Eggermont	515
CSA (Conseil Supérieur de l'Audiovisuel)	318	EHESP	(Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publiques) 176, 404
CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français)	63, 105, 154, 166, 173, 218, 342, 354, 368, 425, 472	Elections	36, 132, 141, 166, 185, 221
Ph. Cuq	107, 136, 166, 342, 406	Elections USA	362
		Elysée	528, 541, 543
D		Entreprise	100, 109, 147, 183, 212, 222, 227, 229, 230, 251, 255, 294, 306, 315, 364, 391 à 393, 397 à 399, 425, 478, 487, 499, 505, 545, 558
G. Dargent	383	Epinal	96, 271, 435, 443, 481
J. Debeauvais	569, 572	Equité	541, 581
Décrets d'attribution (Ministère)	207, 224	Erreur de facturation	28
Déficit	203	Espagne	166
L. Degos	129, 376	Essais cliniques	216, 549
Délais	243 à 246	Etablissements de santé privés	172, 569
M. Delaunay	203	Etats généraux	189, 327
Délits d'inités	542, 549	Ethique	38, 90, 106, 139, 180, 210, 223, 237, 303, 314, 319, 326, 356, 441, 451, 458, 597
Démocratie sanitaire	415	Etrangers	521
Dépassements d'honoraires	56, 63 à 65, 105 à 107, 136, 211, 236, 301, 302, 308 à 310, 340, 359, 403, 405, 467, 470, 488, 491	Etudes médicales	215
Dépense inutile	362	Europe	148, 168, 293, 380, 489
Dépense publique	88	Euthanasie	89, 323, 429, 482, 563, 577, 579, 580
Dépistage	30, 55, 61, 132, 154, 439, 445, 469, 529, 560	Evénements indésirables	90, 93
Dépistage sein	445	C. Evin	499
Déqualification	24, 58, 138, 216, 348, 404, 443, 514, 533, 555	EVSI (Espérance de Vie Sans Incapacité)	174
M.-A. Desailly-Chanson	533		

F	
Facturation	28, 227, 294, 360, 399, 536, 600
Faculté de médecine	542, 548
F. Faucon	180, 557, 558
FDA (Food and Drug Administration)	112
F. Fellingner	155
FHF (Fédération Hospitalière de France)	37, 64, 173, 175, 267, 536
FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée)	298, 348, 374, 553, 556, 574
FHP-MCO (Syndicat des cliniques MCO de la FHP)	348, 426, 543
FIDES (Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé publics et privés d'intérêt collectif)	227, 360, 399, 536
Fin de vie	33, 59, 90, 326, 429 à 433, 440 à 442, 562, 577 à 581
Financement	146, 167, 179, 293, 342, 486, 531
FMF (Fédération des Médecins de France)	166, 173, 354, 472
Forfait	100, 121, 443, 474, 487, 561
C. Fourcade	89, 335
B. Fragonard	415 à 422
France	88, 183, 506, 507, 521, 562
Fraude	27, 180, 205, 361
FSM (Fédération des Spécialités Médicales)	24
Fusions	332
G	
L. Gallois	509
Th. Gandon	464
P. Garassus	315
Gastroentérologie	121
GCS (Groupement de Coopération Sanitaire)	213, 350, 365, 561
Gestion de production	316
Gestion du risque	150
L. Gharbi	50, 270
GHM (Groupe Homogène de Malades)	100
B. Glorion	239, 350
J. Godet	515, 550
Gouvernance	157, 421
X. Gouyou Beauchamps	480, 492
Grève	511, 512
J.-P. Grünfeld	78, 193, 479, 554
C. Gueldry	329, 346 à 349
Guide CPOM	49
Guide MIG	113
F. Guillemin	50
M. Guiu	77, 138, 533
H	
J.-P. Hamon	166, 472
HAS (Haute Autorité de Santé)	150, 160, 284, 330, 426
Haut conseil du financement de la protection sociale	425
HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie)	203, 206, 213, 226, 548
HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique)	85, 149, 228, 442
HealthAffairs	196, 198, 206, 361
E. Hirsch	90
Histoire	317
HMO (Health Maintenance Organization)	213
B. Høerni	190, 239
F. Hollande	62, 64, 185, 308, 477, 543, 553
Hôpital public	35, 63 à 65, 155, 211, 230, 239, 306, 309, 332, 366, 391 à 394, 419, 425, 430, 433 à 435, 487
Hôpitaux américains	230
Hôpitaux et cliniques	221
Hôpitaux indiens	254
Hôpitaux privés	156
Hospi-Diag	261, 265 à 268
Ph. Houdart	261
HPST (Loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire")	36, 38, 172
HQID (Hospital Quality Incentive Demonstration)	120, 121
C. Huriet	515, 539
I	
IAAS (International Association for Ambulatory Surgery)	380 à 383
ICIJ (International Consortium of Investigative Journalists)	349
IFAQ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité)	598
N. Ifrah	229, 479
IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)	331, 332, 359, 393, 400, 462, 463, 483 à 490, 538
IGF (Inspection Générale des Finances)	331, 422 à 424, 428, 461, 483, 495
Immigrés	511, 512
Immucyst	360
Implants mammaires	26
INCa (Institut National du Cancer)	54, 55, 76 à 78, 189, 210, 226, 271, 282, 291, 296, 407, 455, 456, 461, 468, 514, 515, 530, 589, 590
Incitation	31, 58, 100 à 102, 119, 160, 169, 171, 180, 182, 183, 198, 199, 213, 216, 285, 343 à 345, 363, 376, 402, 486, 488, 494, 495, 518

Inclusion sociale	568, 574	I. Krakowski	448
Inde	243, 254, 255, 259	L	
Indépendance	184	Labellisation	289 à 293
Indicateurs	263, 284, 285, 380 à 382	Laboratoires de biologie	184
INED (Institut National d'Etudes Démographiques)	178, 554, 562	Langue officielle	221
Infirmière oncologue aux USA	351, 352	S. Lapostolle	244
Informatisation	228	G. Larcher (rapport)	350
Innovation	31, 61, 113, 122, 136, 162, 172, 206, 207, 241, 254, 293, 375, 377, 383, 391, 430, 488, 515, 543, 544, 572, 574	C. de Lathouwer	76
INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)	110, 174, 204	F. Laureyns	464
INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale)	55, 247	Le Bloc	105, 133, 141, 310, 342, 473
Installations	233	Le Lien	309
Institut Thomas More	88, 92	Le Monde	70, 141, 142, 143, 247 à 249
Investissements	146, 215, 239, 266, 267, 361, 425, 494, 551, 558	Le Nouvel Observateur	310
IOM (Institute of Medicine of the National Academies)	74, 126, 396 à 399, 402, 452, 494	Le Point	264
IRDES (Institut de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé)	482, 590, 592, 598	Le Quotidien du Médecin	184, 251, 310, 327, 425, 433
Ph. d'Iribane	560	M. Lebranchu	225, 311, 321
ITMO (Institut Thématique Multi-Organismes)	591	Leadership	404
IUC (Institut Universitaire de Cancérologie)	542, 548	Legifrance	358, 590, 594, 600
V. Izraël	132, 133, 479	Légitimité	35
J		M. Legmann	234, 239, 546
JAMA (The Journal of the American Medical Association)	121, 122, 362	J. Leonetti	432, 440, 441
Japon	189, 196 à 198, 206	M. Lévy	48, 49
O. Jardé	69	Y. Lhomme	227
JCO (Journal of Clinical Oncology)	518	A. Lienhart	48
JEPU (Journées d'Etudes Post-Universitaires d'anesthésie et de réanimation)	45, 47 à 49	Ligue	189 à 191
JIM (Journal International de Médecine)	518	LISP (Lit Identifié de Soins Palliatifs)	33, 223, 404
G. Johanet	107	Liste	330
L. Jouffroy	130	Loi Kouchner	74
Justice	331	Loi de financement de la sécurité sociale	410
Ph. Juvin	580, 586	A. Loth	484
K		O. Lyon-Caen	226, 363, 370, 528
K15	352, 443, 495, 560	M	
Y. Kersalé	450	J.-M. Macé	110, 117, 136
J. de Kervasdoué	35 à 37, 49, 406, 506, 576, 600	F. Malye	261
B. Kouchner	74, 222, 223, 329	MAPAR (Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation)	47, 51
		B. Maquart	583, 584, 588
		Th. Marmor	240
		A. Marre	448
		J. Marty	136
		Matériovigilance	27
		Y. Matillon	263, 353
		J.-F. Mattéi	65, 306, 529
		McDonald	250 à 253, 258

MECSS

(Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale)	145 à 147, 168, 342, 494
Médecine	56, 109, 144, 184,3 304
Médecine générale	215
Médecine personnalisée	543
Médecins libéraux	468
Médicaments	112, 215, 241
Medicare	30, 75, 120, 121, 361, 465, 600
MediSigles	66 à 69, 604
J. Ménard	133, 134
MERRI (Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation)	159
MG France (Syndicat des Médecins Généralistes de France)	474
G. Mick	447
MIG (Mission d'Intérêt Général)	57, 113, 168
MIG "coordination"	57
MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation)	104, 159, 500 à 503
Ministre	25, 203, 207, 224, 225, 308, 391, 425, 515, 569
Mission	43, 155, 173, 325, 463, 530
Mobilisation	404
Modèle chinois	183
Ch. Morel	325, 327
M. Morel	341
V. Morel	442
D. Morin	583, 588
L. Morin	59
P. Moscovici	205, 224
MSAP (Mise Sous Accord Préalable)	31
Mutualisations	378
Mutualité française	310, 467, 475

N

NCEPOD (National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death)	95
NCI (National Cancer Institute)	351, 519
Négociations conventionnelles	359, 467, 470
J.-L. Névache	226
NEJM (New England Journal of Medicine)	74, 76, 120, 170, 180, 220, 335, 516 à 520
NHS (National Health Service)	123, 124, 386
NICE (National Institute for Clinical Excellence)	241
Niveaux de recours	292
Nominations	60, 226, 583

O

B. Obama	28, 182, 240, 279, 362
Obésité	87, 250
Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé	148, 168, 169, 177
Octobre rose	439, 445
M. Olivier-Koehret	342
Oncologie médicale	99, 443, 531
ONCOMIP (Réseau Régional de Cancérologie de Midi-Pyrénées)	447, 449
ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie)	176, 297, 331, 497 à 503
ONFV (Observatoire National de la Fin de Vie)	59, 89, 326, 433, 523, 562, 563
Z. Or	592
Ordre infirmier	327, 328, 336
Ordres professionnels	327, 328, 350
Organes	349

P

PACRI (Paris Alliance of Cancer Research)	114
Pacte de confiance	391, 569
Paiement à la performance	119 à 121
Panier de soins	180
S. Pantone	48
Parcours de soins	400, 420, 455, 490
Parcours personnalisé	456, 465
L. Parisot	393, 582
Partage volume-prix	96, 97, 104
Patients	74, 110, 398, 426, 458, 516, 517 à 520, 524
Pauvreté	143, 427, 574
Pays-Bas	166
R. Pellet	136, 509
F. Penault-Llorca	515, 523
Performance	119 à 121, 168, 170, 177
M. Peyromaure	142, 310
Th. Philip	515
PHU Cancer (Pôle de recherche Hospitalo-Universitaire en cancérologie)	25
Pic du Midi	450
D. Piveteau	200
Plan Cancer	32, 54, 76 à 79, 132, 149, 514, 516, 529, 541, 543, 553 à 555
Plateforme FHF	37
PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale)	498, 578

PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)	266, 318, 346, 484	J. Reiffers	515, 523
A. Podeur	114, 377	Rémunération	210, 233, 236, 456, 463
Pôle régional	291	Répartition régionale	234
Pôles	360	Réseaux	199, 389, 390, 447, 542, 546, 551
J.-L. Portos	210	Responsabilités juridiques	228
PRES (Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur)	25	Restauration	425
Président de la République	32, 185, 550	Restructuration	230
Prévention	590, 591	Résultats médicaux	120, 209
Ch. Prieur	29, 210	D. B. Reuben	75
Primo-prescription	23, 45, 59, 99	Revue Commentaire	34
Principe de précaution	27	RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques)	311, 321
Prix provisoires	498 à 506, 582	RMM (Revue de Morbi-Mortalité)	130, 131
Production de soins	229	M. Rocard	73, 80
Productivité	96, 119, 124, 490, 534	F. Rocher	135, 278
Professionnalisation	216	M. Rodrigues	50
Progrès thérapeutiques	550	F. van Roekeghem	64, 168, 341, 573
Protection des déclarants	93 à 96	Y. Rojouan	263
Protection sociale	34, 299, 415 à 422, 428	J.-J. Romatet	449, 450
Protocole de soins	378	P. Romestaing	136
Proximité	110	RRePS (Réseau de Référence en Pathologie des Sarcomes des tissus mous et des viscères)	138
Publications	119, 143		
L. Puybasset	89, 520		
		S	
		T. Sannié	426
		Ch. Saout	166, 471, 547
		M. Sapin	225
		A. Saris	261
		N. Sarkozy	32, 109
		Scandale	261
		Secteur privé	142, 211, 316, 553
		Sécurité sociale	112, 205, 224, 304, 410, 531
		F.-X. Selleret	115, 276
		Sénat	342 à 345
		Service public	31, 38 à 40, 43, 156, 163, 173 à 175
		SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs)	325, 326, 404, 441
		SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation)	51, 327, 335
		SFCC (Société Française de Cytologie Clinique)	444
		SFP (Société Française de Pathologie)	444
		SFRO (Société Française de Radiothérapie Oncologique)	97, 435
		D. Sicard	325, 429, 430, 442, 577, 578, 585
Q			
Qualité	180, 571, 590, 592		
Québec	460, 465, 494		
R			
Radiothérapie	135, 271 à 275, 295, 443		
C. Rambaud	108		
G. Rameix	346, 354		
Rapports	359		
J. Raynaud	515		
RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)	587		
Réanimation	511		
Recherche	25, 69, 229, 515, 531, 590, 591		
Recommandations	87, 233 à 235		
Référendum	199		
Refondation de l'école	296		
Réforme	123, 155, 206, 279, 387, 388, 527, 528, 567, 568, 600		
M. Régereau	62, 63		
Réglementation	105, 577, 594		
Regroupements	332		
Régulation	196, 207, 234, 235, 498, 505, 581		

Sigles	66 à 69, 71, 604	Télévision	259, 302, 318
SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires)	350	Terra Nova	363, 369, 370
SML (Syndicat des Médecins Libéraux)	105, 173, 354, 473	The Lancet	124, 170
SMPF (Syndicat des Médecins Pathologistes Français)	138, 444, 452, 534	Therap' X Paris Nord	295
SNRO (Syndicat National des Radiothérapeutes-Oncologues)	135, 435	Tissus humains	349
Soins palliatifs	32, 33, 59, 222 à 224, 324, 440 à 442, 516 à 521	Tobacco documents	248
60 millions de consommateurs	64	E. Tomé-Gertheinrichs	374, 569, 572
Sondage Ifop	440	J.-L. Touraine	556
R. Soubie	210	M. Touraine	203, 225, 308, 310, 391, 400, 467, 475, 501, 502, 540, 568, 570, 583
B. Spire	166	V. Trillet-Lenoir	130, 131
Sport	243, 279, 286, 448	TVA sociale	26
Statuts	350		
STEFIE (Situation Economique et Financière des Etablissements de santé privés)	263, 269	U	
Structures ACP	535	UCDF (Union Nationale des Chirurgiens de France)	107, 141, 142, 319, 367, 406, 473
Structures alternatives	367, 374	UFC-Que Choisir	309, 471
Structures spécialisées	289 à 294	UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance-Maladie)	63, 310, 319
Suisse	189, 199	UNHPC (Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie)	33, 190, 407, 530, 596, 604
Surcapacité	433, 434	Unicancer	57, 555, 572
Surdépistage	445	Université Pierre et Marie Curie	542, 548
Surdiagnostic	445, 446, 452	Universités d'été	389
Surtraitement	445, 446, 452	Urgences	330
SYNGOF (Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens Français)	115, 141, 319, 480	USA	28, 112, 170, 180, 230, 279, 351, 361, 362, 549
Système	125, 148, 179, 198, 215, 281, 289, 303 à 307, 311, 394, 402, 419, 421, 456, 497, 506	Usagers	110, 309, 426
Système d'information	215, 229	USP (Unité de Soins Palliatifs)	33, 223, 404
Système de santé	28, 31, 54, 88, 123, 165 à 167, 170, 180, 196, 206, 230, 297, 298, 357, 361 à 363, 388, 396 à 399, 402, 410, 455, 467, 477, 527, 571	S. Uzan	515, 542, 549
T		V	
T2A	145 à 148, 159, 196, 210, 339, 342, 463, 483 à 486, 494, 556 à 558, 567, 568, 571, 572, 590, 592 à 594, 604	F. Valletoux	175, 536, 537
Tabac	85 à 87, 243, 247 à 250, 257, 258	J.-P. Vernant	555
D. Tabuteau	370, 418, 491	Vin	318
Tarif identique	31, 100, 101, 160, 161, 332, 373, 376, 383, 485, 486	G. Vincent	114, 175, 569, 572
Tarifification	463, 483, 488, 567 à 570, 576	J. Vincent	261
Tarifs	100, 104, 136, 463, 310, 604	J.-Ph. Viquant	226
Technicité	581	Vœux	32, 596
Télémédecine	228	Volume du droit	113, 600
		C. Vons	240
		Z	
		F. Zanaska	153

Cette semaine, entre autres...
La chronique de l'UNHPC

2012

Primo-prescription et autres questions d'actualité

**Pourquoi la question du droit
à la primo-prescription
n'est-elle toujours
pas réglée ?**

Date de parution : lundi 9 janvier 2012

Mots types : Primo-prescription - Recherche - PRES - Nora Berra - TVA "sociale" - Implants mammaires - PIP - CNAMTS - Fraude - Activité abusive - Activité fautive - Erreur de facturation - USA - Ch. Prieur - COA

Activité foisonnante en cette semaine de rentrée. Elle nous amène à citer plusieurs dossiers parmi d'autres.

La primo-prescription... encore !

Nous venons de recevoir un courrier de la DGOS¹ concernant le serpent de mer des "primo-prescriptions"². *"La DGOS vient de lancer une procédure de consultation générale sur le projet de décret « primoprescription » modifiant l'article D. 6124-134 du CSP³ (conditions de formation et d'expérience)"*. Ce dossier rebondit de 6 mois en 6 mois. En fait cette fois-ci un peu plus puisque la dernière consultation date de début avril 2011. Elle fut un peu chaude.

On connaît le "sujet" : il faut régulariser la pratique des spécialistes d'organes qui, pour des raisons purement administratives, n'ont pas pu avoir leur DESC⁴ en oncologie. La population concernée semble encore grandir puisqu'on passe maintenant à 62 pédiatres et à 400 spécialistes d'organes. Pourtant, en connaissez-vous beaucoup ? Nous, non, mais s'ils existent vraiment, il est normal de trouver une solution à leurs problèmes. Selon le dernier courrier de la DGOS : *"Certains établissements autorisés en chimiothérapie se retrouvent en déficit de primo-prescripteurs, bien qu'il ne semble pas y avoir d'impact rapporté par les ARS⁵ en termes de fragilisation des autorisations déjà octroyées"*. Cela est pudiquement dit...

Ce dossier fait partie de ceux qu'il a fallu souvent traiter en urgence absolue... pour constater ensuite qu'ils restaient dans un frigo hermétiquement clos durant des mois. Cette fois-ci, le délai de consultation est raisonnable puisqu'il est fixé au 31 janvier.

Il faudra donc une fois de plus examiner point par point les détails qui changent par rapport à la version d'avril et par rapport aux conclusions unanimes du groupe de travail de l'époque. S'il faut régulariser quelques médecins à la pratique avérée et qui n'ont objectivement pas pu obtenir de DESC pour des raisons de calendrier administratif, qu'est-ce qu'on attend ? Le problème est donc ailleurs.

On savait qu'il était, entre autres, dans les conflits de pouvoir pour savoir qui avait autorité et légitimité pour reconnaître les compétences. En ce qui nous concerne, nous tenions à ce que l'Ordre ne soit pas exclu. Manifestement c'était un des sujets. On se rappelle aussi notre opposition unanime à ce que les reconnaissances de compétences soient données par le responsable de l'établissement concerné ou par l'ARS en charge de cet établissement. Ce qui semble nouveau c'est l'apparition de la FSM dans le circuit. La DGOS nous le précise : *"La consultation sur cette nouvelle version se fait, en direction des professionnels de santé, via la Fédération des Spécialités Médicales (FSM)."* C'est nouveau et un peu inquiétant. On sait en effet que la FSM n'aime pas beaucoup la pluridisciplinarité et la pluriprofessionnalité de la cancérologie. Elle vient de confirmer la création d'un "Comité cancer" en son sein, comité manifestement fait pour abriter les spécialistes d'organe non-cancérologues qui veulent néanmoins pratiquer des primo-prescriptions. Cela n'est ni bon ni sain, pour personne.

Pour revenir au nouveau texte mis en concertation, la DGOS nous dit proposer *"une application large de [cette] disposition transitoire aux médecins concernés puisqu'il s'agit seulement de préserver la situation actuelle avant qu'elle ne soit régularisée par des dispositifs définitifs"*. Il va donc falloir regarder ça de près, en espérant que, cette fois-ci, on pourra sortir de la ridicule impasse dans laquelle certains ont mis ce dossier depuis trop longtemps. Sur ce dernier point, il y avait consensus de tous les professionnels cancérologues, y compris des spécialistes d'organes concernés.

Le sujet subliminal était l'ouverture à la déqualification des primo prescripteurs de chimiothérapie sous prétexte que le dossier de l'oncologie médicale n'était pas pris en charge correctement. Si c'est ça qui revient une fois de plus, ce sera une fois de plus l'unanimité des cancérologues y compris des spécialistes d'organe compétents. Ce sera non, clairement.

Mais il faut vraiment en sortir pour une autre raison : comment justifier l'effort demandé aux jeunes en formation qui hésitent à entreprendre un DESC si en même temps ils entendent dire que, dans les faits, tout le monde ou presque peut prescrire des chimiothérapies ?

Parions sur la sortie par le haut de ce vieux dossier qui, avec un tout petit peu de bons sens et de volonté de respect du droit, aurait dû et pu être résolu depuis très longtemps. Il faut en sortir, en effet.

Quoi qu'il en soit, nous serons amenés à en reparler.

Recherche sur le cancer

Une dépêche APM⁶ du 5 janvier⁷ nous informe que trois candidats, deux Franciliens et un Toulousain, vont proposer un projet de "**Pôle de recherche hospitalo-universitaire en cancérologie**" (PHU Cancer). La date de clôture du nouvel appel à projet lancé en novembre est le 16 janvier prochain.

C'est une bonne nouvelle de voir que des équipes se mobilisent pour répondre à ce type d'appel à projets qui se veut de niveau international. Quelle que soit l'issue en matière de subventions publiques, on peut en effet espérer que l'effort fait pour fédérer les équipes autour d'un projet cohérent ne reste pas sans résultats et que, subventions ou pas, certains projets trouveront le moyen de se développer.

L'un de ces projets fédère les équipes de l'Ile de France sur la compréhension des cancers et les traitements, avec un volet de codéveloppement industriel. Il est porté par le pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) Sorbonne Paris Cité et dit rassembler plus de 50 % de la recherche et de l'innovation sur le cancer.

L'autre, porté par l'Université Paris XI porte sur les cancers digestifs.

Le dernier est déposé par le PRES Université de Toulouse sous le nom de projet Captor⁸. Il porte sur le médicament.

Bon vent !

Visite de la Ministre

Nora Berra était à Toulouse cette semaine et a rencontré quelques représentants de la communauté médicale. L'ARS, dans son rôle, s'inquiétait des questions qui pourraient lui être posées. Relevons-en quelques-unes.

Une partie des difficultés des médecins libéraux exerçant en cancérologie provient du fait que les mesures les concernant dans les derniers Plans Cancer n'ont pas été mises en place. Pensez-vous que cette situation puisse être corrigée ?

Les restructurations des cliniques vont bon train. S'agit-il d'un sujet pour vous ? Si oui, de quel point de vue et comment voyez-vous l'avenir des cliniques ? Que pensez-vous de cet avenir compte tenu de la grande proportion des cliniques qui sont en déficit ?

Il semble que la réflexion sur l'avenir des réseaux soit intense à la DGOS. Sur le terrain on perçoit plutôt un abandon de la grande idée de l'organisation en réseaux. Quel est votre point de vue, sur l'avenir des réseaux de santé ? De votre point de vue la politique réseaux de santé doit-elle être une politique nationale coordonnée ou doit-elle être une politique régionale du ressort des seules ARS ?

Nous avons de grands espoirs dans la prise en charge des problèmes de l'anatomopathologie par la DGOS compte tenu de la qualité et de l'objectivité de ses analyses. Le passage aux décisions semble plus difficile. Connaissez-vous et suivez-vous ce dossier ? Pensez-vous qu'il puisse sortir rapidement comme les professionnels le souhaitent ?

Il en est bien d'autres, des questions à poser à notre Ministre...

La période n'est pas très propice aux réponses qui engagent, mais une Ministre qui va sur le terrain et qui veut entendre les professionnels, comment ne pas s'en réjouir ?

TVA "sociale"

Finalement il semble que la décision soit prise. Nous allons vers une hausse de la TVA⁹. Ce lundi matin, le Ministre Xavier Bertrand confirme sur France-Inter : *"On va la faire cette réforme, on ne peut attendre des mois et des mois..."* Les commentaires sont nombreux. Le débat est important, les mesures dont il est question ont du sens.

Il y a le débat sur le fond, le plus important. Hélas, le fait que la décision soit prise le restreint aux avantages/inconvénients/risques de ce système d'ajustement des financements sociaux et ne permette pas de débattre des alternatives. A moins que le sommet social convoqué pour le 18 janvier permette d'élargir la question. Mais c'est peu probable.

Il y a le débat sur le moment choisi. Il est important aussi et pose question. Si le passage aux actes se fait, les conséquences pèseront sur l'équipe qui sera aux affaires après les élections. C'est cette ambiguïté qui nourrit le débat et les critiques. Pourtant, comme souvent en pareil cas, il se peut, qu'alors, les intéressés n'y voient pas que des inconvénients.

Par contre sur la question de fond de la régulation des dépenses de santé, on ne peut pas encore savoir si la campagne présidentielle sera impactée par cette décision de relèvement de la TVA. Et pour l'instant le débat apparaît tellement technique qu'il reste réservé aux organisations politiques et aux organisations sociales. Le citoyen assiste, mais ne participe pas. Le risque c'est qu'il en reste à l'augmentation d'impôts et n'articule pas cette décision avec la question plus fondamentale de l'avenir du système de santé.

Implants mammaires

L'actualité est pleine de rebondissements concernant l'affaire des implants mammaires PIP¹⁰. Va-t-on vers un nouveau scandale de santé publique ? Il semble. Dans cette affaire il faut, au minimum, bien distinguer :

- l'affaire judiciaire concernant un délinquant ;

- l'application politique de "principe de précaution" : y a-t-il risque de cancer ou autre ?
- la question politique et financière de la prise en charge des interventions, en distinguant celle des explantations et celles des reconstructions ou des réimplantations. A l'évidence il faut aussi distinguer les patientes de chirurgie du cancer et les patients de chirurgie purement esthétique ;
- la question de la matériovigilance concernant les dispositifs médicaux en distinguant les procédures d'agrément et les procédures de contrôle ;
- l'impact en termes de construction européenne et de coordination des politiques ;
- la question des assurances...

Il y a donc plusieurs "affaires" dans l'affaire. Comme à chaque "scandale", c'est compliqué. Comme à chaque scandale, le Ministre "*veut tout savoir*" et diligente des enquêtes.

On peut se demander si ce nouveau "scandale" va déboucher, comme les autres, sur une nouvelle loi. Ce qui est sûr c'est que la question du contrôle des dispositifs médicaux devra être revue, en France comme en Europe.

Fraudes et activités abusives

La CNAMTS¹¹ "*en concertation avec la Mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants*" a fait paraître une circulaire importante concernant les "*Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance-maladie*"¹². Cette circulaire était attendue et certains de ses éléments vont donner lieu à modifications du Code de la Sécurité Sociale. Les difficultés comme les abus de pouvoir constatés lors des contrôles T2A¹³ avaient souligné, entre autres, la nécessité de mieux définir les mots. Il faut donc maintenant connaître et distinguer ce qu'est :

☞ une **fraude** : "*sont qualifiés de fraude les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance-maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'Etat s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat*". La circulaire énumère les circonstances qui, si elles sont constatées au moins une fois, caractérisent la fraude. On notera parmi elles le fait d'exercer une activité non autorisée. Voilà qui va "réguler" notre système hospitalier et homogénéiser l'application du droit...

- ☞ une **activité abusive** : "sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques lorsqu'aura été constatée l'une des circonstances" énumérées par la circulaire. On est là dans l'appréciation de ce qui va "au-delà" : du tact et de la mesure, du besoin de repos du patient, du besoin de soins...
- ☞ une **activité fautive** : "sont qualifiées d'activités fautives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives". "Les activités fautives ne sont pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale. Elles ont la particularité d'être constitutives de faits irréguliers au regard de référentiels tels que notamment les nomenclatures dont l'interprétation peut être extensive et les évolutions parfois retardées par rapport aux pratiques".
- ☞ une **erreur de facturation** : "il convient de rappeler que ces activités fautives doivent être distinguées des cas où l'Assurance-maladie détecte des erreurs de facturation qui lui créent un préjudice, mais ne sont ni réitérées ni consécutives à une volonté du professionnel de santé, de l'établissement, du transporteur ou du fournisseur à lui nuire délibérément. La détection par une caisse ou par le Service du contrôle médical de telles erreurs doit occasionner une prise de contact avec le professionnel de santé pour lui faire un rappel à la règle, propos confirmé par un écrit".

Un texte important donc et qu'il convient de connaître et de faire connaître.

USA

L'actualité en France est chargée et suffit souvent à notre bonheur. Dans les publications de la semaine, signalons pourtant deux articles intéressants sur la réforme du système de santé aux USA. Ce qui se passe aux USA n'est jamais neutre et il est important de suivre l'évolution de leur **système de santé**. Nous avions à l'époque, largement répercuté les débats, hésitations, décisions relatives à la réforme Obama et au vote de ses deux textes support¹⁴. Pour beaucoup, pourtant, la complexité du système américain reste un repoussoir suffisant pour hésiter à s'y plonger. C'est pour eux que les deux articles de cette semaine sont intéressants et méritent d'être signalés.

Le plus court tout d'abord. Il est paru dans un des suppléments du Monde de ce week-end sous le titre "*La santé au cœur de la bataille pour la Maison Blanche*"¹⁵. Outre quelques repères synthétiques et un encadré expliquant pourquoi "*une réforme phare [est] devenue un handicap*", l'article se consacre surtout à exposer un des paradoxes de la campagne actuelle. "*Le républicain Mitt Romney a fait du Massachusetts le premier Etat américain à se doter*

d'une assurance-maladie universelle, en 2006. Mais depuis que Barack Obama l'a étendue à tout le pays, la droite américaine est vent debout contre ce modèle." La politique est un dur métier, mais cet article donne des clefs pour mieux suivre les débats.

Le second article est ouvertement didactique. Il est proposé par l'ancien directeur de la CNAM, Christian Prieur, dans la très bonne revue de la Sécurité Sociale : Pratiques et Organisation des Soins, sous le titre "*La réforme du système de santé américain*"¹⁶. Cet article est plus long, mais il est très accessible et fait une très bonne synthèse du sujet. Il est à recommander à tous ceux qui n'y voient pas clair et souhaitent une bonne synthèse pour trouver des points d'appui pour une compréhension minimale de ce système complexe.

Aux USA toujours, la COA - Community oncology alliance¹⁷ - profite du quarantième anniversaire de la "*déclaration de guerre contre le cancer*" pour alerter sur "*la crise*" à laquelle sont confrontés les acteurs de santé qui y participent. Elle cite trois éléments successifs : la réorganisation des fournisseurs de soins, la pénurie de médicaments et la baisse des remboursements pour cause de régulation des taux de croissance (SGR - sustainable growth rate¹⁸). C'est peu de dire que, là aussi, nous avons intérêt à suivre...

-
- ¹ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
 - ² Courrier DGOS daté du 2 janvier 2012
 - ³ CSP : Code de la santé publique
 - ⁴ DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire
 - ⁵ ARS : Agence régionale de santé
 - ⁶ APM : Agence de presse médicale
 - ⁷ *Trois candidats au label PHU Cancer* - par Cécile Olivier et Sylvie Lapostolle - sl/co/ab/ APM polsan - COPA4002 05/01/2012 16:15 ACTU CANCER-HEMATO
 - ⁸ CAPTOR : Cancer pharmacology of Toulouse oncopole and region - Cancer et pharmacologie : projet de Toulouse oncopole et de sa région
 - ⁹ TVA : Taxe sur la valeur ajoutée
 - ¹⁰ PIP : Poly implant prothèses
 - ¹¹ CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
 - ¹² Cf. la circulaire CIR-1/2012 du 2 janvier 2012 "*Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance-maladie*" émise par la DCCRF (Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes) de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), disponible sur Medi@m (<http://www.mediam.ext.cnamts.fr/cgi-ameli/aurweb/ACIRCC/MULTI>) et diffusée par l'UNHPC dant un tout prochain mail.
 - ¹³ T2A : Tarification à l'activité
 - ¹⁴ ACA : Patient protection and affordable care act signé le 23 mars 2010 (Public law 111-148 - 2010)
et HCERA : Health care and education reconciliation act signé le 30 mars 2010 (Public law 111-152 - March 30, 2010)
 - ¹⁵ Philippe Bernard - *La santé au cœur de la bataille pour la Maison Blanche - Repères - Une réforme phare devenue un handicap* - Le Monde du dimanche 8 et lundi 9 janvier 2012, supplément Géo & Politique p. 4 et 5
 - ¹⁶ Christian Prieur - *La réforme du système de santé américain* - Pratiques et Organisation des Soins - volume 42 n° 4 / octobre-décembre 2011, p. 265-275
Sur un tout autre sujet, signalons aussi, dans la même livraison, l'intéressant article de Couëpel L., Bourgarel S., Piteau-Delord M. - *Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques et difficultés spécifiques en établissement médico-social* - Pratiques et Organisation des Soins volume 42 n° 4 / octobre-décembre 2011, p. 245-253
 - ¹⁷ <http://communityoncology.org/>
Thoughts from COA: Congress Reaches Deal on SGR & GPCI Medicare Payment Cuts (<http://communityoncology.org/article-Congress-Reaches-Deal-on-SGR-amp-GPCI-Medicare-Payment-Cuts.aspx>)
 - ¹⁸ Méthode utilisée par les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pour réguler leur dépenses en matière d'honoraires.

Système de santé et intérêt général

***Qu'est-ce que le service public
et quelles sont les conditions
de son avenir au service de
l'intérêt général
en matière de santé ?***

Date de parution : lundi 16 janvier 2012

Mots types : Chirurgie ambulatoire - AFCA - Dépassements - CNS - Tests génétiques - Plan Cancer - N. Sarkozy - Soins palliatifs - H. Delbecque - R. Aubry - A. Babeau - Protection sociale - J. de Kervasdoué - Hôpital - Légitimité - FHF - Plateforme

Cette semaine nous avons choisi d'évoquer surtout la perspective d'un nouveau Plan Cancer, celle de la fin du Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 et trois contributions marquantes au débat sur les conditions d'avenir de notre système de santé.

Nous aurions aussi voulu évoquer assez longuement :

- la "**Journée nationale de chirurgie ambulatoire**"¹ organisée par l'AFCA². Beaucoup de monde. Des interventions parfois inégales mais dans l'ensemble de très haute qualité. Un public curieux et attentif, convaincu des enjeux. Une ANAP³ et une HAS⁴ prudentes quant au rôle qu'on veut leur faire jouer et cherchant à être réellement utiles. Toujours quelques paradoxes : une absence relative du secteur privé, le qualificatif d'innovation pour une pratique qui a pourtant 25 ans, la Tutelle qui pousse aux "livrables" pour mieux cacher son manque de cohérence incitative mais une ARS⁵ active et cohérente, quelques sociétés savantes qui se font le bras armé du régulateur en définissant les actes à mettre sous MSAP⁶ au lieu de pousser aux conditions de l'innovation, un bilan positif de cette même MSAP au vu de l'intéressante évaluation faite par la CNAM⁷, le débat au sein de la DGOS⁸ sur les mesures tarifaires 2012 - le tarif identique, les sévérités et les bornes basses - apparemment non tranché... Mais, au total une journée bien remplie (trop aux yeux de certains), utile. Du beau travail. Bravo l'AFCA⁹.
- la triste actualité concernant le dossier des "**dépassements d'honoraires**" et du "secteur optionnel" avec, entre autres, l'exclusion du Bloc pour les "négociations", malgré sa représentativité¹⁰.
- la **contribution de la Conférence nationale de santé (CNS)** qui s'inquiète du financement de la politique de santé à horizon 2025.

- les deux nouveaux et importants rapports publiés par l'INCa¹¹ sur **les tests de génétique moléculaire** des cancers¹².

- ...

Mais cette chronique est déjà trop longue, d'où notre choix.

Vers un nouveau Plan Cancer ?

Lors de ses "*Vœux à la France Solidaire*" à Mulhouse ce mardi 10 janvier 2012, le **Président de la République** a affirmé que "*Le 2^e Plan Cancer de 2009 sera suivi par un 3^e Plan Cancer*". Quelque temps avant, dans le service d'onco-radiothérapie du Centre hospitalier de Mulhouse, Nicolas Sarkozy avait discuté avec des associations de patients. Il leur avait promis un "*troisième*" Plan Cancer. Si on va sur le site officiel de l'Elysée, on a confirmation par cette formule : "*Initié en 2009, le plan Cancer II mobilise 1,9 milliard d'euros. Le Président veut renouveler et approfondir ce plan après 2013*"¹³.

Ce qui étonne, c'est le grand silence de l'interprofession. Même l'assemblée des courtisans n'a pas repris. Ce silence est difficile à interpréter. Prudence vis-à-vis de ce qui apparaît sans doute comme une promesse électorale ?

Quoi qu'il en soit il serait temps de faire le bilan objectif, simple et synthétique de ce qu'ont apporté les trois premiers Plans Cancer (Jospin, Chirac, Sarkozy). L'interprofession avait été très active et, de fait, à l'origine des deux premiers. Depuis, les enjeux de pouvoir et de captation des financements publics ont, sur le plan national, rompu toute capacité de réflexion et de démarche commune. C'est bien regrettable. On ne peut cependant nier les apports de ces Plans successifs. On ne peut non plus nier le fait que notre secteur a soigneusement été mis à l'écart de tout ce qui n'était pas contrainte supplémentaire et que beaucoup a été fait pour l'handicaper par rapport à ses concurrents.

S'il y a un nouveau Plan Cancer, la question première est celle des conditions de son élaboration. La question qui suit est celle de savoir qui le mettra en œuvre. Il n'y a pas que la question de l'INCa. On sait qu'au-delà des institutions, la question des hommes et des femmes est primordiale. Tout change en fonction du sens du service public ou de l'intérêt général des personnes en charge de l'application des mesures arrêtées. L'expérience des Plans Cancer a montré que, sauf exceptions remarquables souvent soulignées ici, cela a globalement rarement été le cas.

La fin du Programme soins palliatifs ?

Il n'y a pourtant pas de fatalité. L'expérience des plans successifs sur les soins palliatifs, par exemple, est au contraire très positive. On partait pourtant de loin. Les premiers Plans, les Plans Kouchner, nous avaient complètement oubliés. Il nous est arrivé plusieurs fois d'agacer très fortement le Ministre en le félicitant pour la très grande confiance qu'il nous accordait puisqu'il était ap-

paremment persuadé que les soins dispensés chez nous étaient tels qu'on ne mourait pas dans les établissements privés. Il a fallu plusieurs années, mais nous avons fini par être intégrés dans le dispositif national.

Ceci ayant été fait, il faut rappeler ici qu'en ce qui concerne les Plans soins palliatifs, jamais nous n'avons eu à nous plaindre d'ostracisme au sein des Comités chargés de leur élaboration et de leur mise en œuvre. Au contraire, les questions de statuts n'y ont jamais été sources de discriminations. Le secteur privé a pu jouer son rôle. C'est avec les CH¹⁴ que la notion de lits identifiés a été créée. C'est tous ensemble qu'à la demande des ARH¹⁵ nous avons donné des critères communs pour évaluer la réalité d'une pratique palliative. C'est à l'initiative des CHU¹⁶ que nous avons tous mené une enquête commune pour savoir si les patients étaient plus coûteux en LISP¹⁷ et en USP¹⁸. C'est ensemble que nous avons constaté que non. C'est l'administration qui a ensuite poussé les normes des USP et qui, dans un premier temps, a voulu les réserver aux CHU qui ne le demandaient d'ailleurs pas tous. Plusieurs administrations ont réussi à travailler ensemble, la DHOS¹⁹, la DGS²⁰, la DREES²¹, la MT2A²², les ARH²³, la DGAS²⁴. Le "sanitaire" et le "social", ça n'a pas toujours été facile, mais cela a fini par se faire ! Fait exceptionnel, même la Sécurité sociale a été articulée aux dispositifs, elle a même pu participer à des groupes de travail communs ! On pourrait multiplier les exemples. Citer toutes les composantes des Comités nationaux. Rendons hommages ici à plusieurs des fonctionnaires liés à cette expérience longue de plus de dix ans et aux remarquables Présidents que furent, avec leurs qualités propres, le Dr Henri Delbecque et le Pr Régis Aubry, sans oublier le rôle fédérateur de la SFAP²⁵ et de ses représentants successifs.

Tout ça pour rappeler aussi que le **Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012** touche à sa fin. Le dernier "Comité Plénier National de Suivi du Développement des Soins Palliatifs et de l'Accompagnement de la Fin de Vie" se réunira en Juin. Lors de sa réunion ce mardi 10 janvier²⁶, tous les participants ont souhaité qu'un tel Comité continue à exister. Le travail qui a été fait par Régis Aubry durant ce dernier "Programme" a été remarquable, en particulier par l'articulation maintenant faite avec le secteur médico-social, la mise en place de l'Observatoire de la fin de vie²⁷ et les liens tissés avec la HAS. Mais le drame de Bayonne²⁸ nous a montré que le chemin qui restait à parcourir était encore long. Des progrès sont encore à faire dans nos établissements, le financement des USP telles qu'elles sont conçues par la réglementation reste insuffisant, la recherche, la formation, les populations délaissées et bien d'autres chantiers nous attendent.

L'UNHPC fait partie de ceux qui souhaitent ardemment que, même en l'absence de nouveau Plan, il existe un lieu où les acteurs se retrouvent au moins deux fois par an pour faire le point sur ces questions, impulser des actions, veiller à la poursuite des évaluations... Cela a montré son utilité. Cela reste nécessaire.

Cette semaine c'est la revue Commentaire et la FHF qui se distinguent en matière de propositions pour l'avenir de notre système de santé.

Commençons par **la revue Commentaire**²⁹. Le dossier se compose de deux articles tous deux aussi brillants que stimulants et que nous recommandons à nos lecteurs.

Refonder notre protection sociale

L'économiste André Babeau ouvre le dossier par une affirmation sous forme d'injonction : "**refonder notre protection sociale**". Il justifie cette injonction par un constat argumenté : "*La situation actuelle, en matière de protection sociale, consiste ainsi à faire financer une part croissante de « consommations présentes » par les générations futures. Les ajustements successifs qui ont été tour à tour introduits ne sont pas à la mesure des déséquilibres apparus. Il n'y a plus ici d'échappatoire pour notre pays. Nous devons sortir de cette situation par une véritable refondation de notre protection sociale concernant à la fois son financement et ses prestations. Il s'agit là, on le sent bien, d'une question centrale dans l'ensemble des réformes structurelles qui nous restent à conduire. L'avenir de la France, de sa croissance économique comme de sa cohésion sociale, dépendra, à coup sûr, pour beaucoup de la lucidité dont nous saurons maintenant faire preuve dans ce domaine. En particulier, la réforme de fond de notre fiscalité, tant de fois annoncée et toujours repoussée, est à l'évidence conditionnée par un retour à l'équilibre pérenne de nos comptes sociaux qui exigera non seulement des modifications dans les prélèvements, mais encore un changement de paradigme en ce qui concerne ses prestations.*"

Sur ces deux points, financement et prestations sociales, il s'astreint à rappeler les fondements historiques et les choix qui sont à l'origine de notre situation, à clarifier les objectifs qui peuvent être choisis pour l'avenir et à évaluer les possibles. Certains pourront trouver la lecture parfois un peu ardue, mais ils en seront récompensés. Alors qu'en une semaine on est passé d'une panacée à une querelle en passant de la TVA "sociale" au quotient familial, A. Babeau montre la complexité des choses et leurs enjeux. Mais il s'agit d'une complexité explicitée, dévoilée. L'article est donc clarificateur. Il permet de prendre du recul pour mieux discerner, pour mieux fonder et donc pour mieux assurer des choix qui restent citoyens, et donc aussi politiques qu'éthiques.

On est frappé aussi par l'actualité de cet article, rédigé il y a quelques mois et qui souligne à la fois l'urgence de la situation et le fait qu'il "*faut aussi souhaiter que l'on se donne le temps nécessaire pour redéfinir les principes sur lesquels devrait reposer à l'avenir notre système de prélèvements.*" A lire d'urgence, donc, avant le "sommet social" de la semaine qui vient³⁰.

Enfin, on sent l'auteur un peu craintif devant l'ampleur de la tâche et le risque qu'il y a à poser les vraies questions... qui risquent de fâcher. Il conclut donc fort opportunément ainsi : "*rappelons brièvement les principaux objectifs de*

cette « refondation » de la protection sociale que nous proposons pour notre pays : retour à l'équilibre des comptes sociaux dans un avenir raisonnable, amélioration de la compétitivité de notre économie grâce à un mode de financement approprié, enfin plus grande efficacité dans la réduction des disparités de niveaux de vie. La réforme des prélèvements sociaux permettra, quant à elle, la remise à plat de notre fiscalité tant de fois annoncée. L'accélération de la croissance économique liée à l'amélioration de la compétitivité de nos entreprises est certes difficile à chiffrer, mais pourrait être significative. La plus grande efficacité de la redistribution verticale facilitera la bonne insertion des classes moyennes et le soutien aux plus démunis : elle accroîtra notre cohésion sociale, ce qui ne pourra qu'ajouter à notre dynamisme collectif. On ne pourra naturellement pas procéder à de tels changements dans les principes fondateurs de notre protection sociale sans un débat politique aussi large que possible, alimenté - pour déterminer notamment les gains et les pertes de chacun et de tous - par les avis, rapports et études des administrations concernées, mais aussi de plusieurs de nos grandes institutions."

Il est de vrais experts dont on se dit qu'ils devraient être mieux entendus...

La légitimité à l'hôpital

Jean de Kervasdoué s'interroge, lui, sur **la question de savoir si la crise de l'hôpital ne vient pas du fait que l'Etat y est devenu la source ultime de légitimité**. Cette question est souvent évoquée ici³¹. Raison de plus pour en vérifier le bien fondé. Le mieux est sans doute de citer quelques passages pour inciter, là aussi, à la lecture de ce très bon article.

Jean de Kervasdoué commence par une mise en perspective des évolutions.

"Alors que la loi de 1970, organisant notamment le système de planification, laissait entendre que tout ce qui n'était pas explicitement interdit était autorisé, l'état se resserre progressivement au cours des vingt dernières années. Aujourd'hui, tout est interdit, sauf ce qui est autorisé, et encore !" [...] "Cette tutelle omnipotente cependant ne semblant pas suffire, la loi HPST franchit le pas ultime le 21 juillet 2009 : l'hôpital public se fond dans l'État."

"Quant aux établissements privés, leur sort n'est guère plus enviable, ils deviennent les « fermiers » de la puissance publique : le contrat qu'ils signent avec la tutelle régionale a en effet toutes les caractéristiques d'un contrat de fermage." [...]

"Quoi qu'il en soit, on assiste donc, en apparence, à un curieux chassé-croisé : libéral pour la dimension financière, étatico-bureaucratique pour la dimension institutionnelle, on peut se perdre dans la nature profonde du fondement idéologique de la réforme".

Après un court passage sur la question de l'évolution des savoirs et sur la complexité il conclut : *"Peu d'organisations vivent ce foisonnement simultané et atteignent ce degré de complexité avec ce niveau d'exigence chaque jour renforcé. L'hôpital devient donc l'archétype d'un dilemme classique de la so-*

ciologie des organisations, à savoir que, si l'on se spécialise, ce qui semble ici nécessaire, il est difficile de se coordonner."

Jean de Kervasdoué s'attaque ensuite à l'analyse des différentes légitimités. En effet : *"La complexité n'est pas seulement technique et organisationnelle, elle est aussi politique. En effet, il existe en France, à l'hôpital, au moins sept sources différentes de légitimité. La question est donc de savoir laquelle domine."*

Et de passer en revue la légitimité des savoirs, celle des usagers, celle des partenaires sociaux, celle de l'assurance-maladie, celle des collectivités locales, pour conclure : *"restaient donc comme source dominante de légitimité l'État et l'institution. Le Parlement, sur proposition du gouvernement, a choisi l'Etat, achevant ainsi sa mainmise sur l'institution hospitalière. Il y avait cependant une solution institutionnelle qui aurait permis à l'Etat de ne pas être à la fois acteur, régulateur et tuteur, donc, au mieux, paralysé."*

A propos du pouvoir du Maire avant 2009, il note *"Le maire était très influent et sans responsabilité : le meilleur et le plus inflationniste des mondes."*

Pour lui, le choix d'HPST est celui d'une *"institution malheureusement devenue une institution coporatistico-bureaucratique : corporatiste parce que le président de la CME est toujours élu par ses pairs, bureaucratique parce que tout le reste est réglé par des textes, comme si cela était possible. Bien entendu, la bureaucratie n'est qu'une apparence, car ce mode de régulation est aussi politique. Il y a en effet une ligne hiérarchique directe entre le gouvernement, les directeurs des agences régionales de santé (ARS) - nommés en conseil des ministres - et les directeurs d'hôpitaux."*

Or *"depuis 1985, je suis convaincu qu'il faut couper la ligne opérationnelle entre les hôpitaux et le ministère de la Santé." De plus, "la volonté de tutelle de l'État ne se manifeste pas seulement par une ligne hiérarchique, des nominations ou le contrôle du financement, elle se caractérise aussi par une constante incontinence bureaucratique"*.

Tutelle interventionniste, gestion de la complexité par les textes mais aussi paiement à l'activité. Conclusion sous forme de rappel d'un principe de physique : *"Rigide ici, souple là, en général cela casse..."* Il y a quelques mois, la Cour des Comptes était arrivée aux mêmes conclusions.

Conclusion générale après ce parcours analytique : *"Est-ce que les élections qui viennent laissent en la matière une lueur d'espoir ?*

Pas vraiment. La majorité actuelle, si elle restait aux affaires, ne reviendrait pas de sitôt sur « sa » réforme. Quant à l'opposition, non seulement elle est muette en la matière, mais ses experts pensent que cette incroyable réforme est une aubaine, celle dont ils rêvaient mais n'auraient pas pu faire voter si la gauche avait été au pouvoir." [...] "Quant à la folie précautionneuse, elle est équitablement répartie dans la classe politique.

Le libéralisme de gauche n'existe pas politiquement et celui de droite ne s'intéresse guère aux questions de quasi-marché et de fonctionnement des services publics."

Et donc "*La réforme viendra, comme toujours, de la contrainte, la contrainte de la crise financière, la crise financière de la dette.*"

Enfin "*Sera-t-il possible avec une telle réforme, sans grève majeure, sans interventions de toutes sortes, de faire évoluer notre pléthorique offre de soins ? J'en doute.*"

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 ? "

On pourrait croire que cette analyse lucide pousse au pessimisme. Ce n'est pas le cas, au contraire. Cet article, comme le précédent, fait partie de ceux dont on dit qu'ils rendent plus intelligents car ils permettent de comprendre pour agir. Il faut donc recommander sa lecture. Ceux que la pesanteur des choses épuise y trouveront motif à tenir car il donne du sens à l'incompréhensible. Ceux qui ont quelques responsabilités dans l'orientation stratégique de notre système ou de ses établissements y verront matière à clarifier les perspectives et à préparer l'avenir³².

La "Plateforme" de la FHF

Reprenons la conclusion de Kervasdoué. Nous alertons souvent nous aussi sur les risques de blocages, les risques de grèves violentes, la puissance des corporatismes, des groupes de pression et le nombre des emplois potentiellement concernés qui risquent de faire choisir la régression plutôt que la réforme. Le prétexte sera bien sûr qu'il faut "sauver les valeurs" alors même qu'on ne peut les sauver qu'en réformant. Hélas, hélas, la FHF, cette semaine, a choisi la première voie. C'est un échec pour nous tous. C'est potentiellement grave pour le pays.

Il y a plusieurs mois qu'on entend parler des travaux qui devaient mener à l'élaboration de la **plateforme de propositions de la FHF**³³ pour les Présidentielles. Ce document était donc attendu.

Il est important car il émane de la Fédération des Établissements publics.

Il est important car il émane d'un des groupes de pressions parmi les plus puissants en France.

Il est important car la FHF est largement investie et contrôlée par les partis politiques dominants, de "droite" et de "gauche".

Il n'y a pas de risque pour l'hôpital public. On pouvait donc espérer que la Fédération hospitalière publique puisse prendre de la hauteur et tracer des perspectives pour garantir la pérennité de notre système de santé sur les bases qui sont consensuelles depuis la Libération³⁴ alors même que la situation économique du pays risque de les remettre en cause. On pouvait espérer qu'elle joue aussi le rôle d'instance technique pour éclairer les politiques sur la complexité des sujets et sur les conditions techniques, organisationnelles et économiques du maintien des piliers de notre système. Qu'elle pourrait jouer un rôle de facilitateur pour aider aux évolutions nécessaires...

Il n'en est rien. Ou plutôt, la voie choisie n'est pas celle-là. La focale dominante est claire. Il faut défendre l'hôpital public en lui donnant le monopole en matière d'organisation des soins.

Pour cela il faut constituer des "*filières par pathologies*", c'est-à-dire assurer à l'hôpital la propriété des patients ; "*graduer*" la médecine sous son contrôle³⁵ ; organiser les territoires sous sa houlette ; lui réserver le monopole des financements publics ; lui donner l'initiative et le contrôle des contrats qu'il devra néanmoins passer avec d'autres acteurs de santé lorsqu'il ne pourra pas lui-même couvrir les besoins... et garantir le tout par des Comités d'éthique régionaux qui "*auront pour ambition ultime de sauvegarder et de faire vivre les valeurs du service public de santé*"³⁶. Une telle conception captatrice, réductrice et intéressée du "*service public*", cela fait peur ! Eriger les intérêts particuliers d'un groupe en loi morale, on sait hélas ce que cela donne.

Cela fait d'autant plus peur que le langage est parfois d'un registre bien repérable.

*"Les établissements publics incarnent par nature le service public et sont les plus légitimes pour l'assurer de manière pérenne"*³⁷. On "*incarne*", on est dans le "*consubstantiel*", dans la "*nature*" et dans la "*légitimité*" tout à la fois.

La FHF constate qu'HPST³⁸ "*a énoncé les quatorze missions de service public que les directeurs généraux d'Agence régionale de santé (ARS) peuvent désormais attribuer aux différents acteurs de santé*". Mais elle lui reproche de n'avoir pas "*précisé l'essentiel, à savoir l'âme du service public et de ses missions*"³⁹.

La discipline n'est pas loin : "*Ces engagements ne peuvent souffrir aucun compromis ni aucune exception. Le service public ne se négocie pas, ne se choisit pas, ne se morcelle pas*"⁴⁰. La morale non plus, mais elle n'est pas une exigence, elle est dans la "*nature*" de l'hôpital⁴¹. On s'autoproclame "*désintéressés*"⁴², "*seuls garants*"⁴³...

Cette lecture est-elle exagérée ? Non.

Pour s'en convaincre, il faut lire les 10 "*recommandations centrales*" subdivisées en 39 "*objectifs*" et en 57 "*propositions*" de ce document de 36 pages qui distingue aussi trois "*grandes causes nationales*"⁴⁴.

Tout n'est pas "*mauvais*", mais beaucoup est entaché de suspicion compte tenu des options de départ. On craint de n'être pas dans le vrai, on n'y croit donc plus. On n'y croit plus, donc on se méfie, et on trouve maintes raisons d'être méfiants. Triste et décevant résultat.

Même certaines des "*5 valeurs cardinales du service public*" apparaissent suspectes. Ainsi la "*pérennité des structures*" : est-ce une "*valeur cardinale du service public*". C'est là qu'elle est classée. Ou se soumet-elle à "*l'efficience des organisations*" ainsi que le commentaire le suggère ?⁴⁵ Ce n'est pas clair, mais ça change tout.

C'est la tonalité générale qui inquiète, sectaire, sûre d'elle et dominatrice. Ce sont les fondements qui posent question. Du coup même les énoncés d'évidence, ceux qui pourraient faire consensus, les quelques propositions originales apparaissent comme suspectes.

La presse s'est fait surtout l'écho de ce qui découle de ces postulats de départ. On ne peut tout citer. Mais on suggérera ici que tout ce qui suit est moins grave. C'est la suite logique du système proposé, de son cadre culturel tel que nous venons de le résumer. C'est cela surtout qui pose question, plus encore que les conséquences. Illustrons néanmoins avec quelques conséquences telles qu'exposées dans la plateforme.

- Ne cherchez ni autonomie de gestion, ni quasi marché, ni concurrence fictive : on est dans la culture de monopole légitimé. Il est dénommée ici "*stratégie de groupe*". Cela est rappelé de nombreuses fois.
- Du point de vue sémantique, pas de "productivité", la compétitivité n'est pas une exigence, c'est une valeur de "*notre savoir faire*"⁴⁶, de "*nos entreprises*"⁴⁷. Quant à la "*performance*", elle sera acquise "*grâce à l'implication des équipes*"⁴⁸.
- On pourrait s'attendre à ce que le régime des autorisations favorise les restructurations. La FHF, en son temps avait été courageuse et clairvoyante en matière de restructuration des blocs opératoires. Ici, "*le régime des autorisations favorise les coopérations*"...⁴⁹. L'expérience prouve qu'on échappe ainsi aux restructurations.
- On pourrait s'interroger sur le SAMU⁵⁰ social, sur les demandes d'action caritatives, les alertes des associations, les renoncements aux soins, les attentes, les déficits, le manque d'entretien des bâtiments, les constructions inadaptées... Non. On concède qu'il faudrait "*humaniser*" certains services⁵¹, pour le reste "*le service public a su remarquablement répondre*"⁵².
- Il faut administrer la santé au moyen de normes. Cela est dit très habilement. "*L'évaluation de la pertinence des actes*" [...] "*constitue l'un des axes essentiels de la régulation financière dans chaque région*". Car "*il s'agit aussi de mieux contrôler le risque inflationniste de production d'actes injustifiés ayant pour but l'amélioration des revenus de certains médecins exerçant dans le secteur lucratif. Dans ce domaine, le service public a un devoir d'exemplarité*"⁵³.
- Pour mieux convaincre, on noircit le concurrent, de façon directe ou indirecte, en se donnant des qualités qui sous entendent que l'autre ne les a pas⁵⁴.
- On s'auto alloue la capacité à garantir une offre de soins ambulatoires⁵⁵.
- On "*plafonne*" les dépassements, "*y compris pour le secteur privé à l'hôpital*"⁵⁶. Il n'est toujours pas question de les supprimer en les remplaçant par un système de rémunération correct... Où est donc passé le sens des responsabilités pourtant proclamé si fort ? Mais la FHF nous a-t-elle aidés une seule fois, par solidarité, à combattre le système mortifère des dépassements d'honoraires ? Non. A-t-elle répondu une seule fois autrement que par des sourires silencieux et convenus à nos propositions d'actions communes pour inciter nos dirigeants à un peu plus de sens des responsabilités face aux systèmes pervers du secteur privé à l'hôpital et des dépassements

d'honoraires chez les libéraux ? Non. Gardons donc un système qui a le double avantage de détruire la médecine libérale tout en permettant de la critiquer de faire ce qu'on la contraint de faire... et donnons-nous bonne conscience en plafonnant les "abus"... se dit-elle sans doute.

- On "*demande la fin de la convergence tarifaire, dangereuse pour le service public et en contradiction avec les objectifs de coopération inscrits dans la loi HPST*", sans bien sûr expliquer d'où vient une telle affirmation.⁵⁷
- On réserve "*le financement par l'Assurance-maladie des dépenses de santé [...] aux établissements assurant des missions de service public*" sauf à ce qu'un "*contrat entre un établissement public et un établissement privé lucratif garantisse la pérennité d'une mission de service public déléguée à ce dernier*"⁵⁸. On est en effet jamais mieux servi que par soi-même.

Cette "plateforme" est donc à l'opposé de l'autoproclamation selon laquelle "*loin d'être la plate-forme de la seule FHF, elle doit être celle de tous les professionnels de santé qui se consacrent chaque jour au bien-être des patients et des résidents*"⁵⁹.

On a plutôt l'impression de se retrouver dans un exposé sur la gestion des pigeonniers fait par la noblesse, avant l'abolition des privilèges... La presse s'est sans doute rendu compte de ces outrances, car à ce jour, elle a peu relayé.

Par contre on s'inquiète lorsqu'on se souvient que ce substrat idéologique est celui qui, via la FHF domine au sein de la DGOS et chez beaucoup de Parlementaires de gauche comme de droite.

Mais on est désolé pour nos collègues des hôpitaux publics pourvus d'un vrai sens de l'intérêt général et du service public. Ils doivent souffrir d'être si mal représentés. Mais on se dit aussi que, devant les carences de cette "grande" organisation, devant sa capacité à détourner et à capter l'intérêt général et devant les exigences du moment, il faut trouver les voies et moyens d'une vraie solidarité entre nous et d'une vraie capacité de propositions, tous statuts confondus.

-
- ¹ Journée Nationale de Chirurgie Ambulatoire (JAB) - 12 janvier 2012 - Paris (Salons de l'Aveyron)
Cf. : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/>
- ² Association française de chirurgie ambulatoire
- ³ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ⁴ Haute autorité de santé
- ⁵ Agence régionale de santé Languedoc Roussillon
- ⁶ Mise sous accord préalable
- ⁷ Caisse nationale d'assurance maladie
- ⁸ Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ⁹ Association française de chirurgie ambulatoire
- ¹⁰ Cf. Le Quotidien du Médecin du 12 janvier 2012 - *Secteur optionnel, dépassements d'honoraires - Le BLOC furieux d'être exclu des négociations*
- ¹¹ Institut national du cancer
- ¹² Cf. mail UNHPC 12/20 du 10 janvier 2012
- ¹³ Cf. : <http://www.elysee.fr/president/les-dossiers/sante/solidarite/voeux-2012/voeux-a-la-france-solidaire-mulhouse-10-janvier.12756.html>
- ¹⁴ CH : Centre hospitalier
- ¹⁵ ARH : Agence régionale de l'hospitalisation, devenues ARS : Agence régionale de santé
- ¹⁶ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ¹⁷ Lit identifié de soins palliatifs
- ¹⁸ Unité de soins palliatifs
- ¹⁹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé - Devenue DGOS : Direction générale de l'offre de soins en 2010
- ²⁰ Direction générale de la santé - Ministère de la santé
- ²¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ²² Mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité
- ²³ Agence régionale de l'hospitalisation
- ²⁴ La DGAS, Direction générale de l'action sociale, est devenue la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) par fusion avec services et "délégations" en 2010
- ²⁵ Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- ²⁶ Cf. mail UNHPC 12/32 du 14 janvier 2012
- ²⁷ L'Observatoire National de la Fin de Vie a été créé par le décret n° 2010-158 du 19 février 2010 publié au Journal officiel le 21 février 2010
- ²⁸ Nous ne voulons pas parler ici du cas qui relève de la justice, mais du soudain et important mouvement d'opinion favorable que cette affaire a suscité alors même que les faits étaient mal connus ou très suspects. Il pouvait faire apparaître que l'euthanasie des personnes âgées valait mieux que les soins.
- ²⁹ Commentaire, N° 136, Volume 34 - Hiver 2011-2012, p. 981 à 997
A. Babeau : *Refonder notre protection sociale*
J. de Kervasdoué : *Crise de l'hôpital - L'Etat : source ultime de légitimité ?*
Cf. <http://www.commentaire.fr/revue/136/revue-136-hiver-2011.html>
Cf. mail UNHPC 12/31 du 13 janvier 2012
- ³⁰ Le "sommet social" voulu par le Président de la République est convoqué pour le mercredi 18 janvier 2012
- ³¹ Cf. entre autres Les actes des Rencontres 2006 de la Cancérologie libérale et hospitalière privée (13 janvier 2007) : *L'administration de la santé par l'Etat ; Quelles incidences sur nos pratiques ? ; Comment fonctionne une économie administrée ?* Publication UNHPC 640 pages. Téléchargeable sur www.unhpc.org

- J. de Kervasdoué était intervenu lors de ces Rencontres et, outre son intervention, l'ouvrage reprend (en "documentation", p. 381) un article assez proche intitulé "Au nom de quoi soigner", article paru dans les cahiers Français, n° 624, janvier-février 2005 "La santé", pp. 33-38 - La Documentation française
- ³² Sur le même sujet, signalons la parution du livre de Jean-Marie Clément - *La santé étatisée : triomphe ou échec ?* - Collection Libre Propos - Les Etudes Hospitalières Edition - janvier 2012 - www.leh.fr
- Petit livre (134 pages) de type Que sais-je ?, très complet, descriptif et didactique.
- ³³ Cf. mail UNHPC 12/24 du 11 janvier 2012
- ³⁴ Il y a d'ailleurs de plus en plus de consensus international sur ce qui définit un "bon" système de santé.
- Cf. par exemple et entre autres : HAS - *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé, pour un débat public* - Haute Autorité de Santé 2007, p. 14. La HAS y reprend les 12 items revenant le plus souvent dans les différentes définitions de la qualité (OCDE, *Health Care Quality Indicators Project - Conceptual Framework Paper*, 2006.)
- Il s'agit de : "la conformité des soins avec les attentes des patients l'acceptabilité ; l'accessibilité ; la compétence du personnel soignant ; la continuité ou la cohérence de la prise en charge ; l'efficacité ou la capacité des soins à atteindre le résultat recherché ; l'efficience des soins ou usage optimisé des ressources ; l'équité ou la capacité du système de santé à traiter chacun de façon juste ; la compréhension dont bénéficient les patients au plan psychologique et relationnel ; la sécurité des soins ; le degré de pérennité de la solvabilité du système de financement et enfin l'optimisation des délais nécessaires pour qu'un patient obtienne le soin dont il a besoin."
- Voilà de bonnes têtes de chapitre pour une plateforme de proposition ou pour un tableau de bord national de suivi de l'évolution du système...
- ³⁵ "des prise en charges graduées (médecine stratifiée)" p. 13
- ³⁶ "...l'Homme et l'esprit d'humanité doivent rester le cœur des préoccupations du système de santé. A cette fin, l'éthique doit être la valeur constitutive de ce nouveau service public de santé. Elle doit inspirer toutes ses conduites.
- Dans cette perspective, la FHF avance une proposition ultime : la création d'un comité d'éthique indépendant dans chaque région sanitaire. Chaque comité définira ses règles de saisine et produira un rapport public annuel dans lequel des recommandations seront émises. Ainsi, sur chaque territoire de santé publique, ces comités auront pour ambition ultime de sauvegarder et de faire vivre les valeurs du service public de santé".* p. 35
- ³⁷ p. 4. De même c'est, "par nature", que les CHU ont "une responsabilité forte"... (p. 22) On aurait préféré lire que c'était leur objet et leurs missions qui les chargeaient d'une responsabilité forte...
- ³⁸ Loi "hôpital patient santé territoire" dite Loi "Bachelot" (Loi 2009-879 du 21/7/2009)
- ³⁹ Cf. p. 4
- ⁴⁰ Cf. p. 4. La discipline, c'est d'ailleurs pour les autres "En ce qui concerne les établissements de santé lucratifs, la délégation de service public ne peut se concevoir que dans le cadre d'un contrat avec un établissement public de santé, garant de la pérennité du service public. Ce contrat détaille les obligations et les sanctions permettant d'assurer la continuité du service public." p. 10
- ⁴¹ "La mission de santé publique propre aux établissements publics irrigue l'ensemble de leurs organisations, de leurs projets et de leurs actions. Elle conduit les établissements à s'ouvrir plus largement aux territoires et aux populations et à être toujours plus à l'écoute de leurs aspirations ainsi que de leurs besoins" p. 11.
- ⁴² Cf. p. 9
- ⁴³ Idem
- ⁴⁴ "Une politique en faveur du grand âge, une politique en faveur du handicap, une politique en faveur de la santé mentale".
- ⁴⁵ Cf. "Les 5 valeurs cardinales du service public de la santé" en 4 de couverture
- ⁴⁶ Cf. p. 6

⁴⁷ Cf. p. 17

⁴⁸ Cf. p. 7

⁴⁹ Cf. Proposition n° 2 p. 16. *"Le régime des autorisations favorise les coopérations. Les structures juridiques de coopération peuvent être détentrices d'autorisations afin d'organiser les filières dans le cadre d'une stratégie de groupe."*

⁵⁰ Service d'aide médicale d'urgence

⁵¹ Cf. p. 34

⁵² *"Au cours des dernières décennies, le service public a su remarquablement répondre à la demande toujours plus massive et exigeante des Français et aux progrès de la science et des techniques médicales en s'adaptant à ces nouveaux enjeux"*. p. 15

⁵³ Cf. Proposition 3 p. 25. Cf. aussi la Recommandation 9, p. 7 : *"La tarification à l'activité ne peut plus servir de socle principal de financement. L'évaluation de la pertinence des actes et des interventions doit devenir la règle"*.

⁵⁴ Cf. : *"C'est en effet par cette mission de santé publique, par cette vision désintéressée et pérenne, que le service public se distingue des autres acteurs de santé"* p. 9

"La mission de santé publique propre aux établissements publics irrigue l'ensemble de leurs organisations, de leurs projets et de leurs actions. Elle conduit les établissements à s'ouvrir plus largement aux territoires et aux populations et à être toujours plus à l'écoute de leurs aspirations ainsi que de leurs besoins" p. 11

"La tarification à l'activité (T2A) favorise, ainsi que l'ont mis en évidence les travaux de la FHF, la production d'actes inutiles pour le patient, notamment dans les situations de santé dont la finalité est uniquement centrée sur la recherche de profit" p. 24

"La soutenabilité et la durabilité [...] commande surtout de réserver le financement de l'Assurance maladie aux seuls établissements assurant des missions de service public. La collectivité nationale n'a en effet pas pour vocation de financer les structures ne contribuant pas à l'intérêt général" p. 24

"Il s'agit aussi de mieux contrôler le risque inflationniste de production d'actes injustifiés ayant pour but l'amélioration des revenus de certains médecins exerçant dans le secteur lucratif" p. 25

"La pérennité et l'indépendance de toute logique lucrative qui caractérisent les établissements publics de santé leur confèrent la légitimité d'assumer et d'assurer cette mission, sur l'ensemble du territoire" p. 35

⁵⁵ Cf. p. 15 et p. 16

⁵⁶ Cf. p. 16

⁵⁷ Cf. p. 25.

Cf. aussi : *"La rareté des ressources financières disponibles, conjuguée à l'exigence de réserver les financements aux besoins de santé publique, exige l'arrêt de la convergence tarifaire, absurde dans son principe et dangereuse dans ses impacts. Elle exige également de ne réserver le financement par l'Assurance maladie qu'aux seuls établissements exerçant des missions de service public et d'intérêt général et dont la pérennité est assurée"* p. 25.

D'après le Figaro relatant la conférence de presse : *"La FHF réclame l'abandon de l'alignement des sommes versées par la Sécu aux hôpitaux sur celles perçues par les cliniques pour un même acte. Ce processus, censé aboutir en 2018, est « une ineptie », estime Gérard Vincent, pour qui les obligations spécifiques du public (urgences, soins aux détenus...) justifient une rémunération plus élevée"*.

Olivier Auguste - *Les hôpitaux publics bousculent la médecine de ville* - le Figaro du 12 janvier 2012

Le Figaro ne précise pas qu'elles en bénéficient... ce qui est bien normal. Le sujet n'est donc pas là. Le sujet est de savoir si les fonctions de service public sont accessibles à tous selon un cahier des charges commun... ou si elles constituent le privilège de certains, les privilèges provenant bien sûr de la "nature".

⁵⁸ Cf. proposition 2, p. 25

⁵⁹ Communiqué FHF du 11 janvier 2012, cf. mail UNHPC 12/24 du 11 janvier 2012

Primo prescription - Anesthésistes

L'Etat est-il là pour déqualifier ?

***L'achat d'une clientèle
reprendrait-elle
du sens chez
les anesthésistes ?***

Date de parution : lundi 23 janvier 2012

Mots types : Oncologie - Spécialistes d'organe - Autorisation - JEPU - Clientèle - Investissement - Retraite - CPOM

Cette semaine nous avons choisi d'évoquer trois sujets sans lien les uns avec les autres. Tout d'abord la consultation du nouveau projet de décret concernant la primo-prescription. Encore ! Hélas toujours aussi décevant. Puis nous évoquerons la prochaine session professionnelle des fameuses JEPU¹. Le libellé d'une des tables rondes nous inquiète un peu, venant des JEPU. Pour mémoire nous évoquerons la sortie cette semaine de la circulaire relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les futurs CPOM. Ils sont en effet très importants et il convient de bien connaître ce "guide".

Primo-prescription

Ainsi que nous l'annoncions dans notre Chronique 12/01 du 9 janvier dernier, nous sommes consultés une fois de plus sur le projet de décret² visant à régulariser la situation de médecins s'étant spécialisés de fait en oncologie mais que l'agencement des calendriers administratifs avait privé d'une régularisation sous forme de DESC³.

Ce problème traîne depuis des mois. La dernière consultation date d'avril dernier. Depuis, rien. Silence total. La question est pourtant simple : il s'agit d'une simple régularisation. Il n'y a aucune raison que cela soit attentatoire aux exigences des décrets portant nouveau dispositif d'autorisation pour l'activité de soins cancérologie et concernant l'oncologie. Cela ne touche en rien le fait que des spécialistes d'organe "oncologues" fassent leur métier, comme nous le souhaitons tous.

Alors quoi ?

Tout d'abord, plus on attend, plus il y a de médecins concernés, au moins pour la DGOS⁴. Citons la lettre de transmission de la consultation⁵ en cours. "*La chimiothérapie constitue une des quatre activités soumises à autorisation en cancérologie (article R. 6123-87 du CSP⁶). Les conditions techniques de fonctionnement définies en 2007 (article D. 6124-134 du CSP) avaient prévu pour les primo-prescripteurs des conditions de formation et d'expérience trop restreintes, qui excluent aujourd'hui environ 62 pédiatres et 400 spécialistes d'organe non titulaires d'un DESCI en cancérologie ou d'une compétence ordinaire dans le même domaine.*" 462 personnes ! Diable ! Il serait temps d'en rencontrer quelques-unes ! Mais s'il y a vraiment tant de monde concerné, pourquoi donc la DGOS n'a-t-elle pas réglé le problème plus tôt ?

Citons encore la lettre de transmission : "*Depuis novembre 2011 (date de fin du processus complet d'autorisation en cancérologie, avant éventuels recours administratifs), ces médecins ne peuvent plus primo prescrire ce qui restreint l'accès des malades concernés aux soins, notamment dans les régions « fragiles ». Certains établissements autorisés en chimiothérapie se retrouvent en déficit de primo-prescripteurs, bien qu'il ne semble pas y avoir d'impact rapporté par les ARS en termes de fragilisation des autorisations déjà octroyées.*" Intéressant. Le "processus" est terminée depuis novembre 2011, en effet. Mais alors la DGOS suggérerait-elle que le droit n'est pas appliqué, ou qu'il ne l'est pas partout de la même façon ? Mais alors, au-delà même de ce qui apparaît comme assez stupéfiant aux yeux du citoyen d'un pays "de droit", où sont passés les beaux et grands principes que l'on nous disait "*garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité*". On croit rêver. Ou alors, faut-il comprendre qu'on va régulariser des "pratiques" qui ne se "pratiquent" plus depuis de nombreux mois ? Comment dès lors ne pas prêter attention à la rumeur qui se répand au sujet des ARS qui ne donnent pas les résultats des visites de conformité ? Tout ça n'est pas sain.

Ce serait sans doute suffisant pour nous convaincre de donner, une fois de plus, hélas, un avis négatif sur les textes proposés. Ils ne règlent pas le problème simple qui est posé. Ils organisent une régression sur de multiples plans. C'est déjà ce que nous craignons lors des précédentes consultations.

D'un point de vue plus technique, il faut noter que ce énième projet régresse sur des points qui nous paraissaient fondamentaux et qui faisaient consensus chez les professionnels. Ce n'est pas aux responsables d'établissements de donner une onction de compétence aux médecins qui travaillent chez eux. Ce n'est pas non plus à l'ARS⁷ de la région concernée. Seule une commission nationale constituée à parité d'oncologues médicaux et de spécialistes d'organe, présidée par un oncologue médical et assurant une participation du Conseil National de l'Ordre nous paraissait acceptable⁸. Nous ne changeons pas d'avis. Mais le dernier projet n'en dit rien. Faut-il donner crédit aux bruits alarmants qui laissent entendre un retour au chef d'établissement ?

Par ailleurs un consensus s'était fait pour définir une fourchette de calendrier très très (trop ?) large. 1994 avait été retenue⁹. Le projet de décret qui nous est présenté propose le 31 décembre 2004.

De qui se moque-t-on ? : de tous ceux qui ont fait leur DESC1 et surtout de tous les jeunes en cours d'étude qui voulaient faire l'effort de s'y lancer. Tout cela est inconséquent, stupide et grave.

On nous précise alors que ce projet "*prend en compte deux projets de décrets en préparation parallèle, l'un visant à préciser dans quelles conditions le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pourra habilitier des médecins à exercer, au vu de la conformité de leur formation et de leur expérience à des diplômes de type DESC1, l'autre précisant comme prévu au 5e de l'article L 632-12 du code de l'éducation les conditions de validation universitaire des acquis de l'expérience pour les diplômes de type DESC1.*" Très bien. Cette cohérence est nécessaire. Mais comment donner un avis sans connaître et constater ce qui fait cette cohérence ? Impossible. Il nous faut donc ces trois textes. Il nous les faut d'autant plus que ce premier texte est irrecevable en l'état et que la DGOS nous dit un peu plus loin qu'elle propose "*une application large de cette disposition transitoire aux médecins concernés puisqu'il s'agit seulement de préserver la situation actuelle avant qu'elle ne soit régulière par des dispositifs définitifs*". Et bien justement, cela nous fait peur. Les deux prochains textes vont-ils "codifier" la régression ? Nous avons besoin de savoir et surtout, d'être rassurés.

Il faudrait évoquer aussi la question des "pédiatres" et celle des "hématos"...

Tout ça n'en finit plus.

Ce dossier est navrant depuis le début. Il le reste. Mais qu'on ne nous instrumentalise pas à l'usure pour avaler ce type de régression. Alors, rendez-vous dans 6 à 9 mois ?

Triste dossier. Triste pour les quelques professionnels concernés. Triste pour les patients concernés. Triste pour l'Etat et pour l'INCa¹⁰, ils ne sont vraiment pas à la hauteur. Triste pour les jeunes en formation qu'on dissuade de faire des études pourtant plus que jamais indispensables. Mais comment ne pas penser que c'est l'avenir du DESC1 qui est en jeu ? Triste pour nos équipes car tout ça n'est que la feuille de vigne du refus de traiter au fond la question de l'organisation de l'oncologie médicale en France, qu'elle soit pratiquée par des "oncologues médicaux" ou par des "oncologues d'organe". Seul encouragement : la solidarité de fait des professionnels concernés, au moins de leurs organisations et de ceux qui s'expriment publiquement... Cette solidarité est, elle aussi, plus que jamais nécessaire.

Clientèle ?

Les JEPU, comme les MAPAR¹¹ ou les congrès de la SFAR¹² sont, au plan national, les grands rendez-vous des anesthésistes. Depuis 20 ans les JEPU se distinguaient par la qualité de ce qu'ils appellent leur "*Session professionnelle*". Sous la conduite et l'animation de Guy Bazin et d'Alain Bénichou, tout ce que l'anesthésie française compte de grands noms est passé aux JEPU. Il en est de même de beaucoup de personnalités du système hospitalier et de juris-

tes spécialisés. Participer à ces travaux était un privilège tant leur qualité était grande. Souvent ces travaux étaient publiés, et cela était justifié pour une autre raison. Souvent en effet, ces travaux anticipaient les questions et les évolutions non seulement du métier d'anesthésiste, mais aussi des questions touchant à la qualité, à la sécurité et à l'organisation des blocs. On peut aussi rajouter que leur valeur pédagogique était grande : tous ceux qui ont pu y assister, à plus forte raison y participer, gardent un grand souvenir des débats "comme si", sur des cas réels d'incidents ou d'accidents. A l'exposé des faits, la salle votait très majoritairement que le méchant directeur était le seul coupable, ou alors que c'était cet incapable de chirurgien. Après l'exposé des "plaidoiries", chacun prenait conscience de la complexité du cas, de la nécessité de remonter le chemin clinique, de celle de mieux connaître le droit, les règles propres au prétoire... Le vote final de la salle était tout différent de celui du début. De grands moments ! Il en était de même sur les questions relatives aux contrats, à celle relatives à la propriété des cliniques, aux restructurations, aux relations avec ses collègues, avec la direction de la clinique, de l'organisation du bloc, de la gestion du risque...

Chaque année, c'est donc avec intérêt qu'on regarde le programme des prochaines JEPUs. Pour 2012, on est surpris et un peu inquiet du libellé d'un des sujets de la session professionnelle¹³. Non pas de la première session, à visée certainement pédagogique, sur "*les contrats entre l'établissement de santé et l'anesthésiste*". Pourquoi pas y revenir encore et encore, en effet ? La présence d'A. Lienhart et de Ph. Cohen est une garantie. Non, ce qui surprend, c'est l'intitulé de la seconde session : "*En 2012, une clientèle d'anesthésie peut-elle encore se vendre et quels sont les facteurs déterminants ?*" Deux exposés, l'un sur l'évolution démographique (S. Pantone), l'autre sur les contraintes économiques (M. Lévy). Là aussi, la présence de Michel Lévy nous rassure. Mais quand même, l'intitulé fait vraiment ringard. Il y a plus de 20 ans, beaucoup d'anesthésistes avaient compris que l'économie de rente spéculative sur la clientèle n'avait plus aucun sens du point de vue d'une médecine moderne, qui plus est sur plateau technique. De courageux pionniers, souvent fondateurs de leur spécialité dans leur établissement, avaient renoncé à demander le paiement de la clientèle aux jeunes associés qu'ils prenaient dans leur équipe. Certes cette lucidité était un peu en avance sur son temps. A côté, on voyait des praticiens qui étaient persuadés qu'on pouvait vendre plusieurs fois le même bien puisqu'ils vendaient leur clientèle autant de fois qu'ils accueilleraient un associé nouveau. Certains, ainsi déformés, mais ayant la responsabilité de leur clinique, étaient en grande détresse lorsque, ayant vendu deux fois leur clinique, ils se retrouvaient en face d'une impossibilité et parfois devant les tribunaux. Oui, on a connu de tels cas. Mais cela fait vraiment vieux, à peine croyable, d'un autre temps, révolu.

Les JEPUs avaient plusieurs fois montré qu'en plus, alors que les jeunes anesthésistes ne sortaient plus de la cuisse de Jupiter et qu'ils avaient donc une capacité contributive limitée, ils pouvaient difficilement financer tout ce qui s'imposait à eux, plus une clientèle, plus, souvent une participation en capital à leur société professionnelle et/ou à leur clinique. Il était apparu clairement à

tous que payer une clientèle n'avait aucun sens pour un jeune, car en fait, cela aidait à la retraite du "vieux", cela n'améliorait en rien la vie professionnelle du jeune. Il ne s'agit pas de nier les importants et très injustes problèmes des "vieux" médecins libéraux qui partent à la retraite et ne maintiennent pas le niveau de vie auquel ils devraient avoir droit comme les salariés. Mais les jeunes ne voyaient pas très bien pourquoi ce serait à eux de régler ce problème au détriment de leur faculté contributive pour leur outil de travail et leurs conditions d'exercice. C'était incontestable. Le but était donc de préparer l'avenir en soldant ce vieux sujet d'une clientèle qui n'avait plus de sens dans le cadre d'une médecine moderne. Il fallait trouver une solution pour compenser équitablement les anciens qui avaient payé une clientèle dans des temps plus reculés, et préserver la faculté contributive de jeunes afin qu'elle aille bien s'investir sur ce qui améliorerait et pérenniserait leur exercice professionnel. Il fut même un temps où des démarches collectives devaient être tentées pour trouver un accord favorable auprès de Bercy. Cette mutation d'époque et de culture était en effet indispensable pour l'évolution vers une conception moderne et rationnelle du "métier" de médecin libéral, en particulier lorsqu'il exerce sur plateau technique.

Tout cela serait-il oublié ? La confusion des esprits remet-elle à la mode une conception ringarde et sans signification de la spéculation sur une "clientèle" sans lien avec l'exercice de la profession ? Ce serait une catastrophe de plus pour notre avenir commun. A tout prendre si les jeunes ne veulent plus investir sur leur outil de travail, c'est leur droit, ils en paieront un jour les conséquences, mais ça peut se défendre. Par contre, s'ils veulent spéculer, qu'ils le fassent, mais en dehors de la sphère professionnelle, pas au dépend de leurs collègues. Il y a des lieux pour ça, en plus ils sont à la mode, même si les dégâts du "tout financier" et du "tout spéculatif" commencent à être perçus pas tous. Mais cela est une autre question. Espérons que les JEPU resteront à la hauteur de leur réputation, resteront tout simplement sur la vie réelle. Mais, compte tenu du titre de la session, on souhaite bon courage à Michel Lévy à qui il incombera de faire un rappel de la dure réalité des contraintes économiques et, surtout, de montrer qu'il y a plus d'avenir dans "l'économique" que dans la spéculation... On sait les jeunes médecins toujours aussi peu formés à l'économie et donc vulnérables. Même en 2012, il se peut que le miroir aux alouettes en prenne encore dans son piège. Il est donc encore temps de leur faire distinguer miroir aux alouettes, subvention aux "vieux" et contribution à leur avenir... Rassurons-nous, il n'y a vraiment pas de raison que l'esprit des JEPU ne souffle plus aux JEPU !

Le nouveau guide CPOM

Il aurait fallu évoquer le nouveau Guide CPOM, paru sous forme de circulaire cette semaine¹⁴. Il y aurait beaucoup à dire et en même temps ce guide était connu puisque le dernier "projet" avait été circularisé il y a plusieurs semaines. On est dans la planification... et comme le dit J. de Kervasdoué¹⁵ "*L'étaiu s'est resserré : [...] Quant aux établissements privés, leur sort n'est guère plus*

enviable [que celui des établissements publics], ils deviennent les « fermiers » de la puissance publique : le contrat qu'ils signent avec la tutelle régionale a en effet toutes les caractéristiques d'un contrat de fermage".

"Contrat" ? Encore un mot qui n'a pas le même sens en droit, ou dans le dictionnaire, et en santé, car, en effet, dans le monde, un contrat se conclut de façon volontaire entre personnes physiques ou morales libres et égales en droit...

Courage les fermiers, il n'y a pas de sot métier, il n'y a que des conditions qui sont plus dures que d'autres et il y a parfois de bons maîtres !

Arrêt temporaire de cette chronique

Nous prions nos fidèles lecteurs de bien vouloir nous excuser : une fois n'est pas coutume, mais pour raison de congés, cette chronique va s'arrêter pour quelques semaines. Mais qu'ils se rassurent, l'actualité continuera à leur parvenir, quotidiennement...

¹ Journées d'études post-universitaires d'anesthésie et de réanimation

² Projet de décret proposé en consultation relatif à certaines conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement du cancer

La concertation ouverte par la DGOS sera close le 31 janvier prochain

³ Diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie

⁴ Direction générale de l'offre de soins

⁵ Lettre DGOS datée du 2 janvier 2012

⁶ Code de la santé publique

⁷ Agence régionale de santé

⁸ Dans la réponse donnée à la DGOS signée Bernard COUDERC (pour l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie - UNHPC, le Syndicat Français des Oncologues Médicaux - SFOM, le Syndicat National des Oncologues Radiothérapeutes - SNRO, la Société Française de Cancérologie Privée - SFCP), Stéphane CULINE (Pour le Collège des Enseignants de Cancérologie - CNEC), Lamine GHARBI (pour la Fédération de l'Hospitalisation Privée - FHP), François GUILLEMIN (pour le Conseil National des Universités - sous-section 47-02) et Manuel RODRIGUES (pour l'Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie - AERIO), on pouvait lire :

- "l'absence de commission nationale aura pour conséquences d'introduire une hétérogénéité importante parmi les médecins autorisés d'une région à l'autre et ne permettra pas d'évaluer la véracité des parcours décrits."
- ⁹ Dans la même réponse envoyée à la DGOS, il était dit :
"la fenêtre temporelle proposée n'est pas acceptable. Notre proposition de borne haute (1994) pour une première inscription au DESC nous paraît raisonnable dans la mesure où elle prend en compte l'hétérogénéité de mise en place des enseignements du DESC en France. Au-delà de 1994, tous les médecins en formation avaient la possibilité de s'inscrire. Accepter aujourd'hui une autorisation d'exercice en matière de primo-prescription jusqu'en 2004 revient clairement à déprécier la valeur du DESC de cancérologie et son fondement même (l'obtention d'autorisation des primo-prescriptions de chimiothérapie dans la spécialité concernée). De plus, elle remet complètement en cause la valeur des enseignements théoriques et des stages pratiques inclus dans la formation, ainsi bien entendu que les efforts fournis par les médecins qui les ont suivis. Il s'agit clairement d'une remise en question de la qualité du parcours de soins des patients en cancérologie."
- ¹⁰ Institut national du cancer
- ¹¹ MAPAR : Mises Au Point en Anesthésie-Réanimation
 Le MAPAR a été créé en 1982 par le Département d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital de Bicêtre.
 Le 30^e congrès du MAPAR aura lieu les 15 et 16 juin 2012.
 Il se tiendra au Palais des congrès de Paris, Porte Maillot
<http://www.mapar.org/>
- ¹² Le congrès national de la SFAR est la première manifestation française et francophone en Anesthésie et en Réanimation. Chaque année plus de 5 000 médecins et plus de 1 500 infirmier(e)s (infirmier(e)s-Anesthésistes, de Réanimation et d'Urgence)
<http://www.sfar2012.com/>
- ¹³ Les JEPU auront lieu les vendredi 16 mars et samedi 17 mars 2012
 Session professionnelle : Samedi 17 mars 2012
 Présidents : J.L. PANSARD (Neuilly-sur-Seine), L. DELAUNAY (Annecy)
 09h00 : Contrat entre l'établissement de santé et l'anesthésiste
 - Quelles clauses le contrat doit-il impérativement comporter ?
 - Quelles clauses ne doivent pas figurer ?
 A. LIENHART, PH. COHEN (Paris)
 09h40 : Discussion
 09h55 : En 2012, une clientèle d'anesthésie peut-elle encore se vendre et quels sont les facteurs déterminants ?
 - Facteur démographique : évolution démographique des médecins anesthésistes - S. PONTONE (Paris)
 - Contraintes économiques - M. LEVY (La Roche-sur-Yon)
 10h35 : Discussion
 Cas clinique
<http://www.jepu.net/>
- ¹⁴ Cf. mail UNHPC 12/41 du 19 janvier 2012 : circulaire n° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)
 Catégorie: directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles
 Résumé : la présente circulaire présente le guide destiné à accompagner les ARS dans l'élaboration des nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- ¹⁵ Jean de Kervasdoué : *Crise de l'hôpital L'Etat : source ultime de légitimité ?* - COMMENTAIRE, N° 136, Volume 34 - Hiver 2011-2012, p. 991 à 997 - <http://www.commentaire.fr/revue/136/revue-136-hiver-2011.html>
 Cf. mail UNHPC 12/31 du 13 janvier 2012 et notre chronique 12/02 du lundi 16 janvier 2012

Un mois bien classique

***Tout change
mais
rien ne bouge,
ou si peu...***

Date de parution : lundi 10 février 2012

Mots types : Opinion des patients - Cour des Comptes - Plan cancer - INCa - Dépassements d'honoraires - Convergence - MIG "coordination" - Chirurgie ambulatoire - Fin de vie - Radiothérapie - Primo-prescription - CBU - Nominations

Bien sûr c'est un peu naïf, bien sûr on n'y croit pas soi-même, mais l'expérience est courante. Quand on revient d'un séjour à l'étranger, surtout hors de notre vieille Europe, avec la tête pleine de la jeunesse et du dynamisme des peuples rencontrés, on se dit que les choses on dû bouger en France, qu'on a de tels atouts, une telle chance de vivre dans notre beau pays, que sûrement les choses ont dû bouger un peu depuis notre départ.

Bien sûr que non.

Depuis que nous avons arrêté cette chronique, la vie "normale" continue. La multitude des documents diffusés par l'UNHPC, documents souvent importants, ne se tarit pas, bien au contraire. La machine infernale à pondre des textes continue, pour l'instant il n'y pas de pause électorale. Beaucoup de règles du jeu changent. Celles qu'on aimerait voir changer car ce serait de pure et de nécessaire logique, ne bougent pas.

Une fois de plus on se pose la question "*mais comment font-ils dans nos cliniques, dans nos cabinets, pour assurer le quotidien et avaler tout ça*" ? Eh bien, "ils" y arrivent ! Disons-le, cela a un côté admirable.

Il faut donc se remettre dans le bain, vite. Certains de nos lecteurs nous l'ont déjà dit : "*Comment ? Nous pensions que les chroniques allaient reprendre dès la semaine dernière !*" Eh bien nous y voilà, repartons pour cette aventure hebdomadaire...

Le meilleur système de santé

On avait coutume de dire que dans presque tous les pays, au moins ceux qui sont peu gangrenés par la corruption des médecins, les citoyens étaient convaincus d'avoir le "meilleur" système de santé.

Deux raisons, entre autres, pouvaient justifier cet optimisme. La méconnaissance des "autres" systèmes, et le fait qu'il est assez insupportable de se dire qu'on manque de chance à cause de son propre système.

Les politiques de tous les pays s'appuyaient sur ces constats pour justifier leur politique, quelle qu'elle soit.

Et bien, il semble qu'il faille revoir ce constat. Une étude nous dit maintenant le contraire. Comme le titre le Quotidien du Médecin¹ : *"Interrogées dans le cadre d'une étude d'opinion d'IRIS-LH2, les populations de 28 pays à travers le monde se déclarent assez mécontentes de leur propre système de soins et de leur gestion. Dans le même temps, les 22.500 personnes interrogées se disent satisfaites de leur généraliste." "Dans l'ensemble des pays, 84 % des sondés se déclarent très ou plutôt satisfaits de leur médecin généraliste."* En quelque sorte, le système est mauvais, mais heureusement mon médecin est bon. Ça rassure : grâce à lui on va échapper au moins en partie aux turpitudes du "système".

Prenons garde à cette "dégradation" internationale. Elle vaut avertissement, chez nous comme ailleurs. D'autant plus que les citoyens en question ne sont pas dupes : *"Sur 22 des 28 pays concernés, la satisfaction du public à l'égard de l'organisation des soins est faible ou très faible. « Une mauvaise gestion du système plutôt qu'un défaut de financement » est en cause. En France, 59 % des sondés attribuent à cette mauvaise gestion les difficultés ou les défauts du système." "Les Français ne sont que 34 % à juger favorablement leur système de santé, en retrait par rapport au Royaume-Uni (42 %) mais devant l'Italie (26 %) ou l'Allemagne (24 %)."*

Le constat est lourd de périls pour nous, professionnels, mais il est aussi un encouragement clair à améliorer le fonctionnement du "système" et à en convaincre les "politiques"...

Plan Cancer, INCa et Cour des Comptes

La Cour des Comptes a publié son Rapport public annuel 2012². Le Plan Cancer fait l'objet d'un chapitre intitulé *"La lutte contre le cancer : une cohérence et un pilotage largement renforcés"* de 14 pages, suivies de 10 pages de "réponses" des administrations concernées. On ne peut que se réjouir de l'intérêt de la Cour pour notre secteur. Le travail de la Cour des Comptes est le plus souvent de grande qualité et il nous est indispensable.

Ceci étant dit, ce rapport n'est pas aussi nourrissant qu'on aurait pu l'espérer. Ce qui est traité est bien traité et nous ne pouvons qu'en recommander la lecture. Pourtant, on a l'impression que la Cour s'est surtout intéressée à ce qu'étaient devenues ses recommandations de 2008, ce qui est bien sûr un bon

sujet et la conduit à des réflexions pertinentes (audit et organisation interne à l'INCa, seuils, ARS, indicateurs...). Mais force est donc de constater qu'il y a des manques. Citons-en quelques-uns.

Sans nous contenter du petit bout de notre lorgnette, on peut à nouveau s'étonner et regretter qu'il n'y ait rien concernant notre secteur. Si le cancer est bien la première cause de mortalité en France³, nous demeurons, et de très loin, le premier acteur de la lutte contre le cancer et de la prise en charge des malades concernés. Nous avons déjà fait la remarque en 2008. Elle demeure : aucune réflexion nous concernant, aucune, a fortiori, sur les causes de cette absence, sur le fait que les mesures nous concernant ne sont pas appliquées⁴. Parmi ces causes, nous dénonçons souvent ici le fait que l'Assurance-maladie ne soit pas partie intégrante du dispositif⁵ (hors le "Comité de pilotage" où elle doit être aussi discrète qu'au Conseil d'Administration de l'INCa...). La "réponse" de l'Assurance-maladie⁶ à la Cour se montre d'ailleurs d'une grande prudence : elle se contente de répondre sur les questions de dépistages et fait donc semblant de croire que les professionnels et les établissements ne la concernent pas... à moins que la DGOS, la DGS ou la DSS ne le lui ait demandé...

Si la Cour s'intéresse fort justement aux conflits d'intérêts, elle en reste au point de vue un peu étriqué des conflits d'intérêts avec l'industrie. D'ailleurs, sur les questions qu'elle se pose, la Cour se contente du point de vue de l'INCa et des administrations concernées⁷. Intéressant mais insuffisant.

Elle ne perçoit pas les enjeux concernant l'anatomocytopathologie⁸, elle passe à côté de la question de l'oncologie médicale⁹, elle ne cite même pas la radiothérapie sauf pour signaler le succès, réel, des formations de physiciens.

Elle manque de sens critique lorsqu'elle considère par exemple, que les instances de l'INCa sont véritablement opérationnelles¹⁰.

Signalons aussi, compte tenu de l'actualité, notre frustration sur la question de l'avenir de l'INCa. La Cour se contente d'évoquer à partir de la recherche, *"la vivacité permanente du débat [concernant une] institution organisée autour d'une pathologie..."*¹¹ En conclusion,¹² la Cour signale qu'il y a eu des progrès mais qualifie, entre autres, *"la clarification du positionnement de l'INCA" "d'incomplète"*¹³... Le Ministre de la santé y revient dans une réponse alambiquée mais néanmoins claire en soulignant le cas spécifique de l'INCa et en soulignant *"qu'il ne saurait constituer un modèle"*¹⁴. Bien, mais quid de l'avenir de cette spécificité ? Le Ministre du Budget note pour sa part : *"Concernant l'articulation avec l'INSERM, il existe effectivement un débat récurrent entre le choix d'un opérateur organisé autour d'une pathologie dans toutes ses dimensions, notamment la recherche, et une agence spécialisée dans la recherche en santé. En 2011, le rééquilibrage des dotations du Ministère de la Recherche entre l'INCa et l'INSERM a permis de clarifier la situation"*. La Cour notait justement que rien n'était complètement réglé... Le Ministre de la recherche fait une longue réponse argumentée pour montrer que tout va bien, *"s'agissant de l'articulation entre l'INCa et l'INSERM, préconisée par la Cour dans son rapport public annuel 2009"*¹⁵. Le Président de l'INSERM se contente prudemment de noter : *"Ce texte n'appelle pas d'observation de ma part."*¹⁶

Les débats parlementaires récents sur les agences ne sont pas évoqués. Nous restons donc un peu sur notre faim. N'y aurait-il plus débat ? La tonalité de ces remarques nous fait craindre que si...

Le Président Séguin voulait renforcer les capacités et les compétences "santé" de la Cour. Cela reste sans doute nécessaire.

Dépassements d'honoraires, encore...

Quoi qu'il paraisse, le dossier des "dépassements" est figé. On va vers un décret¹⁷. Soit. La période électorale est favorable aux déclarations multiples. On n'en manque pas. Hélas elles sont pratiquement toutes sur le même modèle, souvent hors sujet, au mieux cantonnées à la surface des choses¹⁸. Il conviendrait et il suffirait de ne pas "abuser". Certes ! Nous l'avons souvent souligné, c'est le système qui est pervers et mortifère pour la médecine libérale, la dérive des comportements n'est que la conséquence de ce qui est organisé par les Tutelles. Pour reprendre notre vieille métaphore, lorsqu'on prive les enfants de dessert et qu'on laisse la bonbonnière dans la chambre, la meilleure politique consiste-t-elle à gronder les enfants, à leur dire qu'il ne faut pas "abuser" et à étendre néanmoins le système à presque toute la fratrie ? Non, les vrais sujets, celui de la rémunération et de la politique des revenus des médecins libéraux d'une part, celui de l'avenir de la médecin libérale face aux effets destructeurs du système des dépassements d'autre part sont absents du débat. Beaucoup de politiques prêchent le courage et la lucidité auprès des citoyens. Sur ce sujet, les politiques manquent singulièrement des deux. Les dégâts sont et seront considérables. Ils le seront pour la médecine libérale. Ils le seront donc pour le pays qui a besoin de la médecine libérale, on le voit déjà avec l'évolution désastreuse de la médecine de proximité.

Sans doute la période électorale est-elle peu favorable aux orientations "courageuses et lucides". Soit. Mais on voudrait être rassuré sur le fait que les équipes de tête dans la course aux Présidentielles sont bien conscientes du sujet et préparent les mesures qui s'imposent en urgence pour le maintien de la qualité de notre service public "santé" : revalorisation des honoraires qui doivent l'être, en particulier concernant la CCAM clinique, intégration de la masse des dépassements dans l'enveloppe de ville, répartition "politique" de la charge entre assurance-maladie, mutuelles complémentaires et citoyens (bouclier sanitaire ?) et disparition corrélative du droit à dépassements pour les médecins conventionnés. Indispensable pour sauver la médecine libérale et en conséquence sa contribution au service public de la santé. Indispensable, ensuite et de façon corrélative, pour assurer la pérennité et l'application effective du principe d'égalité d'accès et de la déontologie de base.

Convergence...

La fédération Unicancer a demandé à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) que les activités incluses dans des plans de santé publique soient moins touchées que les autres par la convergence tarifaire public/privé, dans un communiqué ce vendredi 17 février. Il n'est pas défendu d'être habile...

MIG "coordination"...

Un projet d'arrêté soumis à la concertation prévoit de créer plusieurs missions d'intérêt général (MIG) pour la campagne tarifaire 2012.

Une MIG devrait être créée pour la coordination des parcours de soins en cancérologie. Elle vise à financer les postes infirmiers dédiés à la coordination des parcours de soins en cancérologie. Son coût est estimé à 10 millions d'euros en année pleine. Cette MIG montant en charge progressivement, il est prévu d'y allouer 5 millions d'euros en 2012.

Qui pourrait s'y opposer ?

On reste néanmoins songeur.

Les modes passent. Une toute petite équipe INCa DGOS a imposé cette "innovation" et des "expérimentations", contre l'avis de tous, lors de réunions de concertations où tous les intervenants y compris les généralistes et la CNAM étaient présents. Tous, nous avons insisté sur le fait qu'il vaudrait mieux conforter les "coordinations" déjà en place, en particulier les réseaux, et/ou procéder aux évaluations nécessaires.

Au début il s'agissait d'aider les généralistes, d'améliorer les relations "ville-hôpital"... en créant des emplois hospitaliers. Les généralistes présents, pourtant bien choisis par l'INCa, s'offusquèrent. Rien n'y fit.

Il faut créer des modes changeantes pour prouver l'activité des services qui, souvent, n'ont pas la mémoire de ce qui vient d'être fait par le collègue précédent. Nous y sommes. Honneur aux chasseurs de prime ! Il n'y a aucune raison de ne pas essayer de récupérer cette MIG, mais il y a toutes les raisons de préparer l'avenir et de "provisionner" sa disparition au profit d'une nouvelle mode, d'ici quelques courtes années.

Il n'est pas défendu non plus d'être habile et d'habiller les réalisations anciennes de ceux qui font bien leur travail du vocabulaire et des qualificatifs du moment. Il faut bien s'adapter...

Chirurgie ambulatoire, encore...

La chirurgie ambulatoire devait faire l'objet fin janvier de énièmes "réunions de concertation" ou "groupes de travail". L'une de ces réunions devait être centrée cette fois-ci sur les sujets indéfiniment remis de la tarification incitative et surtout de la modification du décret d'octobre 1992. Ce sujet des critères d'autorisation est à la fois clair et sans cesse repoussé à plus tard. La pres-

sion mise sur la DGOS pour inciter à la chirurgie ambulatoire depuis que nos Tutelles ont compris son potentiel en termes de qualité et de productivité du système (cf. en particulier les "séminaires gouvernementaux" de fin 2010) avait poussé celle-ci à reprendre ce qui avait été "décidé" lors des très longs travaux de mise au point du nouveau dispositif d'autorisation des activités de soins "chirurgie" et "médecine"¹⁹. Compte tenu du "consensus", on extrayait ce qui concernait la chirurgie ambulatoire et on le faisait paraître sous forme de décret, sans attendre que le dossier de l'autorisation de la chirurgie sorte enfin.

C'était simple : suppression de la limite des 12 heures d'ouverture de la structure ; suppression de l'obligation de présence d'une infirmière pour 5 patients présents (en restant dans la philosophie de 1992 : exigence sur les fonctions à remplir, liberté et responsabilité de l'établissement et des professionnels sur les modalités) ; confirmation de la possibilité de créer des centres "autonomes", indépendants juridiquement ou pas (ces derniers mois, la DGOS aimait à dire que rien ne s'y était jamais opposé ! Tant pis pour ceux qui ont donné - oh combien ! - et que les Tutelles ont tué avec constance et à grands renforts de moyens depuis 1992...).

Il y a donc eu deux réunions fin janvier. Une sur les indicateurs, nouvelle panacée pour "garantir" la qualité et une autre, dite "pluridisciplinaire". Une grand-messe de plus. Information des usagers, satisfaction des patients, freins et leviers... Sympathique, mais on continue à noyer le poisson. Prochaine réunion en mai 2012.

En ce qui concerne le décret préparé par la DGOS et envoyé en concertation par ailleurs, il s'agit en fait d'un toilettage du texte de 1992. Si les deux premières mesures prévues s'y retrouvent, l'ensemble suscite parfois étonnement et donc méfiance. On a aussi l'impression, sur certains points, de la tentation d'une organisation de la régression. On voit réapparaître la notion de chambre²⁰ (s'agit-il de contraindre l'organisation et par là même l'architecture pour justifier d'un mode de rémunération ?...). On ne voit rien sur les centres autonomes. On confirme "l'alternative" après nous avoir dit et écrit²¹ durant des mois que la chirurgie ambulatoire devenait la norme et la chirurgie en hospitalisation classique l'exception devant être justifiée. On ouvre à la prise en charge sans plateau technique alors que tout repose sur son organisation. On incite à la mutualisation des moyens en personnel : est-ce un rappel de l'évidence ou est-ce une incitation à la déqualification de fait ? On rebaptise le "règlement intérieur" en "document formalisé", on précise, vous n'y aviez sans doute pas pensé, qu'en assurant "*la mise en œuvre optimale des protocoles de soins*", vous devez "*intégrer notamment la prise en charge de la douleur*"... La bienveillance et l'attention dont semblent bénéficier les tenants de l'hôtel médicalisé inquiètent (la "solution ambu-hôtel" est, il est vrai, magique : rien ne change et on coule du béton. Formidable !). La DGOS informe en plus qu'un nouveau texte va paraître pour faire suite aux recommandations demandées à la HAS et à l'ANAP. Sommes-nous aussi face à un enterrement défini-

tif du dispositif d'autorisation en chirurgie ? Ce serait la confirmation d'un beau et grave gâchis

Bref, la DGOS se proclame militante de la chirurgie ambulatoire, multiplie les initiatives, les "concertations", les "groupes de travail", les missions confiées aux agences et quand arrivent les questions importantes relevant de sa responsabilité, elle dilue. On a l'impression de participer ou d'assister à une grande opération à destination des politiques et des autres services du Ministère : voyez comme je m'agite. Je vais dans le sens souhaité par tous. En fait je fais surtout de la mousse pour éteindre l'incendie. Je reste sur ma philosophie qui consiste surtout à "protéger" l'hôpital public en ralentissant les mutations nécessaires et qui pourtant, paradoxalement, sont les seules à préserver son avenir. Je multiplie les rapports et les indicateurs. Je ne contrôle pas trop. Lorsqu'il le faut vraiment, après avoir atermoyé le plus longtemps possible, je fais la politique des tout petits pas. Curieux, bizarre, coûteux mais pas très constructif... les enjeux restent, eux, tout à fait décisifs. Que de temps et d'énergie perdus !

Et encore...

Comme souvent d'autres sujets auraient mérité d'être évoqués ici.

Le **débat sur la fin de vie**, les soins palliatifs et l'euthanasie reprend de plus belle. Rappelons la réunion organisée mardi 21 février avec la FHP-MCO. Elle sera centrée sur le rapport 2011 de l'Observatoire National de la Fin de Vie : "*Fin de vie : un premier état des lieux*"²² et sur le comité plénier du « Comité National de suivi du développement des Soins Palliatifs et de l'Accompagnement de la Fin de Vie » qui s'est tenu le mardi 10 janvier dernier²³. Notre réunion sera animée par Lucas Morin de l'Observatoire Nationale de la Fin de Vie. A ne pas manquer !

Pour revenir au débat "électoral", comment ne pas s'inquiéter de la présence de ce sujet difficile dans la campagne électorale ?²⁴ Les patients ont sans doute plus à perdre qu'à gagner lorsqu'une question de cette importance commence à être traitée sous les préaux d'école, sur des critères électoraux.

Dans l'actualité en cancérologie, deux dossiers sont inquiétants.

- Il semble, contrairement à ce qui avait été annoncé lors du dernier Conseil d'Administration de l'INCa que le **Comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie** ait vécu. Il sera "remplacé" par des comités de travail a-t-il été annoncé lors de la dernière réunion le vendredi 3 février 2012. C'est un recul regrettable pour nous tous. Ce comité a été très utile et il le serait resté.
- Le dossier relatif à la **primo-prescription** n'en finit plus. Lors des dernières réunions, la possibilité de prescriptions infirmières pour les chimiothérapies ou la possibilité de reconnaître une qualification après un simple stage dans un service autorisé ont été évoquées. On savait qu'on payerait cher l'aban-

don de l'oncologie médicale par nos Tutelles, malgré les engagements des différents Plans Cancer. Mais régresser à ce point ! On croit cauchemarder.

Parmi les textes en concertation il faut signaler ici celui concernant la **refonte du CBU**²⁵. Important pour nous tous.

On est en période électorale majeure et les **nominations** vont bon train. Chaque jour on annonce la nomination d'un membre de tel ou tel Cabinet, de tel ou tel conseiller. Il y a là quelque chose de très normal. Il y a aussi parfois de la politique dans le sens où ces nominations portent sens d'intentions qui les dépassent. Il faut donc s'astreindre à suivre ces mouvements de personnes dans la haute administration car ils sont importants pour l'avenir de nos Tutelles et donc pour nous.

...

¹ Christophe Gattuso - Une étude menée dans 28 pays : *Les systèmes de santé au banc des accusés, les médecins plébiscités* - Le Quotidien du médecin du 16/02/2012

² Cf. mail UNHPC 12/82 du mercredi 8 février 2012

³ La Cour le rappelle (note n° 5 page 25) : "*Selon l'Institut national de veille sanitaire, le cancer est depuis 2004 la première cause (à hauteur de 30 % en 2010) de décès en France.*"

⁴ Dans sa "Présentation", p. 25, la Cour résume les deux parties de son rapport de 2008 - mise en œuvre du Plan et INCa - (*La mise en œuvre du plan cancer*, juin 2008, 177 pages. Cf. mail UNHPC 2008/174 du jeudi 12 juin 2008). Concernant la première partie, elle la résume ainsi. "*La mise en œuvre du Plan cancer 2003-2007 avait fait l'objet d'un rapport pu-*

blic thématique. Ce dernier concluait que si ce plan avait permis de réels progrès, notamment dans la coordination pluridisciplinaire des soins, les objectifs qu'il s'était fixés demeureraient très incomplètement atteints, en particulier en matière de diffusion des données épidémiologiques, de prévention de divers facteurs de risque, d'accès à l'information et d'organisation des dépistages ou encore de réduction des inégalités d'accès aux soins et d'harmonisation de la qualité des prises en charge." Ce résumé fait bien apparaître le manque d'approche en fonction des acteurs concernés.

⁵ Exemple : "Le contrat d'objectifs et de performance (COP) prévoit, tardivement, l'« adoption de protocoles de coordination entre les directions d'administration centrale (direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la recherche et de l'innovation) et l'INCA fin 2011 ». La priorité accordée à l'élaboration du nouveau plan cancer expliquerait ces retards, de même au demeurant que celui, très anormal, pris dans l'élaboration du COP lui-même dont la Cour avait relevé en 2008 l'absence préjudiciable. Il eût été plus logique que le plan soit lancé dans un cadre stratégique et opérationnel fermement établi." p. 35

⁶ p. 48

⁷ cf. par exemple p. 26, p. 27 ou p. 37

⁸ cf. p. 28 et 32

⁹ Même si la Cour rappelle parmi ses "principales recommandations" de 2008, celle consistant, de façon générale, à "s'assurer de la cohérence des formations au regard des priorités de la lutte contre le cancer." p. 27 Nous sommes en pleine actualité !

¹⁰ "Un colloque annuel (900 participants) et un séminaire des instances de l'INCA (conseil d'administration, comité consultatif des professionnels de santé, comité des malades, des proches et des usagers) contribuent à la cohérence de ce dispositif." p. 32 et 33

¹¹ "De fait, l'INSERM s'est vu finalement attribuer 19,7 M€ de crédits supplémentaires en 2011, dont le plan cancer avait initialement prévu l'affectation à l'INCA. [...] Un tel partage remet en cause les orientations stratégiques adoptées entre l'Institut du cancer, dont l'INSERM a la charge et l'INCA, ainsi que celle de contrat d'objectifs et de performance 2011-2014 signé entre l'Etat et l'INCA. Il met en lumière la vivacité permanente du débat entre institution organisée autour d'une pathologie dans toutes ses dimensions, y compris de recherche, et une autre spécialisée dans la recherche en santé." p. 35 et 36

¹² p. 38

¹³ Le titre du chapitre est le suivant "Une clarification de positionnement tardive et encore inachevée" p. 35

¹⁴ "La Cour souligne par ailleurs le pilotage très structuré dont le second plan cancer fait l'objet tout en rappelant l'intérêt, noté dans son rapport de 2008, de développer ce type de suivi au profit de l'ensemble des plans de santé publique. Je souhaite rappeler que le suivi mis en place au bénéfice du plan cancer, qui repose en grande partie sur l'Institut national du cancer, est très lié aux enjeux spécifiques portés par ce plan et à l'impulsion forte que le gouvernement a souhaité donner à l'amélioration de la prise en charge en cancérologie. Il ne saurait constituer un modèle systématique pour des plans de santé publique animés par des problématiques très diverses." p. 40

¹⁵ p. 43

¹⁶ p. 46

¹⁷ Rappelons ici son fondement, l'Article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie) :

I. - A défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, à cet effet et pendant une durée de deux mois, de la

faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires mentionné au troisième alinéa de l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

II. - L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles. »

III. - Le II entre en vigueur concomitamment aux dispositions prévues en application du I pour les contrats et règlements relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais des soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conclus ou renouvelés après cette entrée en vigueur.

- ¹⁸ Citons pourtant ici, au titre d'exemples des exceptions qui tentent une vraie réflexion :
- l'Editorial de **Jean-François Pecresse** dans Les Echos du 14 février 2012, paru sous le titre "*Traiter avec les médecins*". "*Il n'est pas sûr que le prochain décret visant à encadrer les dépassements tarifaires des médecins libéraux suffise à changer la face monétaire du monde médical.*"
 - **François Bayrou** qui, selon son programme santé, "*voudrait créer un "bouclier santé", et "réfléchir à une mutuelle universelle sur le modèle du régime d'assurance-maladie d'Alsace-Moselle"* sans qu'on en sache beaucoup plus aujourd'hui.
 - La tribune de **Michel Régereau**, président de la CNAMTS, "*Honoraires des médecins : comment éviter les abus ?*" "*La liberté d'honoraires des médecins est-elle compatible avec l'égal accès aux soins ?*" "*Il est donc temps de retravailler sur le prix de revient réel de chaque acte médical, quitte à considérer qu'un correctif peut exister pour tenir compte des écarts des coûts immobiliers. Sur la base de ce prix, une négociation tripartite pourrait être organisée entre les médecins, la Sécurité sociale et les assureurs complémentaires afin de déterminer les modalités de répartition du remboursement aux patients sur la base d'un « tarif opposable partagé ».*" Les Echos du 17 février 2012
- ¹⁹ Rappel : c'est l'**Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003** portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé qui refonde le système des autorisations en France et le Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires qui, par l'article R. 6122-25 détermine les activités et équipements soumis à autorisation. Le temps passe ! Il s'agit pourtant d'un des fondements de notre système...
- ²⁰ On sent ici que les juristes vont se régaler : "de la notion de chambre sans lit et sans hébergements" ! Passionnant, sans doute !
- ²¹ Cf. l'**instruction ministérielle du 27 décembre 2010**, par exemple : "*Il s'agit de changer de paradigme, la chirurgie ambulatoire devenant le référent.*"
- ²² Cf mail UNHPC 12/99 B du 16 février 2012
- ²³ Cf. mail UNHPC 11/32 du 14 janvier 2012
- ²⁴ Signalons cependant l'évolution de la position du parti socialiste ou de son candidat. **François Hollande** a en effet déclaré en présentant son programme "santé" : "*Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité*". Dit comme cela, pas de problème, on est dans l'évidence et des bonnes pratiques et de la déontologie. Le parti socialiste interprète en parlant d'euthanasie. On est alors sur un autre registre.
- ²⁵ CBU : Contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du CSP

Dépassements d'honoraires et autres sujets

**La question
des dépassements d'honoraires
gagne
l'hôpital public**

Date de parution : lundi 27 février 2012

Mots types : Dépassements d'honoraires - CSMF - UNCAM - M. Régereau - Ph. Cuq - CNAMTS - CNOM - X. Bertrand - Fr. Hollande - FHF - 60 millions de consommateurs - Publications UNHPC - Chroniques - MediSigles - O. Jardé - Recherche sur des personnes - Mademoiselle - Nanoparticules

Cette semaine est marquée, entre autres, par de vifs débats sur les dépassements d'honoraires. C'est un dossier sur l'hôpital public qui a mis le feu aux poudres. Pour nous, elle est marquée aussi par deux nouvelles publications UNHPC cette semaine. Pourquoi ne pas les évoquer ? Nous finirons en signalant trois évolutions très différentes mais toutes trois majeures.

Dépassements d'honoraires, encore...

Les échéances de l'arbitrage de l'Etat et la parution d'un dossier sur les dépassements d'honoraires à l'hôpital font que la semaine bruissait sur cette question.

La CSMF¹ a réagi avec vigueur à la Tribune du Président CFDT² de l'UNCAM³, Michel Régereau parue dans Les Echos. Nous évoquons cette "Tribune" la semaine dernière ici même⁴. Le Quotidien titre sur "*la CSMF dénonce les « chiffres fantaisistes » du Président de l'UNCAM*". Pas dans le sens que l'on pourrait croire ! : "*« Selon les derniers chiffres de l'assurance-maladie, le taux moyen de dépassement pour les chirurgiens n'est pas de 31,9 % comme le prétend le président de l'UNCAM, mais de 56 %. Il n'est pas non plus de 16,7 % pour les anesthésistes ni de 29,5 % pour les gynécologues, mais respectivement de 51 % et de 83 % », fait valoir le syndicat.*"⁵ La CSMF souligne ainsi l'urgence qu'il y a à agir et l'utilité du secteur optionnel pour "*maîtriser le niveau des dépassements en les plafonnant à 50 % de la valeur de l'acte opposable*".

Ensuite est paru un dossier de **60 millions de consommateurs** sur les dépassements à l'hôpital⁶. Ce dossier est assez complet. Il est largement repris par la presse écrite et radiophonique. Le Parisien, par exemple, propose un ensemble d'articles, plutôt pédagogiques, dans lequel, entre autres, il interviewe Philippe Cuq, Président de l'Union des chirurgiens de France. Le directeur général de la CNAMTS⁷, Frédéric van Roekeghem, indique que, globalement, le taux moyen de dépassements d'honoraires est de 81 % du tarif de la sécurité sociale pour les PH⁸ et de 61 % pour les médecins libéraux. Pour lui, le CNOM⁹ est *"trop passif"*. *"Nous allons continuer à lui signaler les excès et, s'il ne fait rien, nous demanderons d'avoir la possibilité de déconventionner temporairement ces médecins sur leur activité libérale"*. Il rappelle néanmoins que la CNAMTS a fourni en 2008 au CNOM la liste des 11 praticiens de l'AP-HP avec les dépassements les plus élevés. Suite à l'action du CNOM, le tarif moyen de ces médecins a baissé de 25 % voire de 40 %. *"S'il suffit de faire les gros yeux, pourquoi les autorités compétentes ont-elles tant attendu ?"* concluait le dossier de 60 millions de consommateurs...

Le 23 février c'est la FHF¹⁰ qui monte au créneau par un communiqué. *"L'activité libérale à l'hôpital a été mise en place il y a plus de 50 ans comme facteur d'attractivité des médecins au sein des hôpitaux publics. Pour la FHF il est nécessaire à présent de passer à une nouvelle étape et d'encadrer strictement les dépassements d'honoraires, dans le public mais également dans le privé."* *"Ce sujet sera d'ailleurs au cœur du colloque que la FHF organise le 14 mars prochain à l'Hôtel des Invalides et qui sera consacré à l'accès aux soins."* Très bien !...

Puis c'est le CNOM qui dénonce l'obstruction de la CNAMTS qui *"refuse de signaler ces pratiques à l'Ordre"*. Le CNOM explique être confronté à l'*"opposition absolue"* du directeur général de la CNAMTS à la mise en place, prévue par la loi, de commissions départementales associant l'Ordre et l'assurance-maladie et chargées d'examiner ces pratiques. Pour l'Ordre, *"cette procédure permet de mettre rapidement les médecins auteurs de ces dépassements devant leurs responsabilités et les amener soit à rentrer dans des normes raisonnables et admissibles, soit à encourir des sanctions disciplinaires sévères"*. *"Conscient des problèmes posés par les dépassements démesurés et parfois hors norme"* l'Ordre rappelle qu'il consacra son séminaire annuel, organisé en mai, à *"la problématique de l'accès aux soins et du respect du tact et la mesure dans les honoraires pratiqués"*. Encore mieux !...

Le Ministre, **Xavier Bertrand**, n'est pas en reste, puisqu'il déclare à France 5 *"ces dépassements, sur lesquels le mensuel 60 millions de consommateurs a publié une enquête, doivent être « sanctionnés »"*. Il confirme par ailleurs que *"le secteur optionnel fera l'objet d'un arrêté dans les jours qui viennent"*...

François Hollande, lui non plus, n'est pas en reste : *"Je refuse que les dépassements deviennent la règle"*. Il est contre le secteur optionnel et plaide pour un *"strict encadrement"* des dépassements. Il l'avait dit lors des "primaires", il l'a redit lors de la présentation de son programme.

Nous n'arrêtons pas, depuis des années, de souligner l'extrême gravité de ce dossier. Contentons-nous de quelques remarques à la suite de cette bruyante semaine.

- sur ce genre de dossier, plus on en parle, mieux c'est. On en parle beaucoup cette semaine, c'est bien. Plus on en parlera, moins cela pourra durer.
- notons néanmoins quelques limites à ces nombreux articles et prises de positions.
 - Puisqu'il s'agit de l'Hôpital public, personne hélas ne cite le décret réellement scélérat de Jean-François Mattéi qui a consisté à revenir sur la réglementation antérieure (qui avait elle-même mis beaucoup de temps à se mettre au point), réglementation qui obligeait les versements à se faire à la caisse de l'Hôpital. J. F. Mattéi est revenu sur cette mesure de bons sens et protectrice des tentations de corruption en permettant au médecin de recueillir les montants demandés comme bon lui semble, avec l'obligation de simplement "déclarer" en fin d'année à la Direction les montants ainsi obtenus...
 - Personne ne signale que ces montants, importants, sont prélevés sur l'enveloppe de ville...
 - Personne ne signale que ces colloques annoncés pour faire avancer le sujet auront lieu... après la parution annoncée des textes visant à "*limiter les abus*"¹¹. Cela permettra sans doute de se contenter d'évoquer les modalités sans évoquer le principe...
 - Justement, et surtout, personne ne signale que c'est le principe qui est mortifère, plus encore que les "abus". Même sans "abus" (mais l'auto rémunération lorsqu'on est en position dominante et payé sur fonds publics n'est-elle pas, par nature, un abus ?), le principe des dépassements n'est-il pas mortifère pour la médecine libérale ? Assurément si. Nous l'avons souvent démontré. Là est le vrai problème. On parle ici d'abus comme on parle des nécessaires "économies" lorsqu'on parle du système de santé. Il serait temps de découvrir l'économie, la vraie, celle du développement durable et ses règles, tout simplement.

On est frappé par le fait que de plus en plus de voix s'élèvent pour s'offusquer du fait que les banquiers qui ont changé de métier sans le dire en devenant, de fait, des spéculateurs et en nous précipitant ainsi dans la crise, ne sont pas poursuivis en responsabilité et prolongent d'agréables carrières... dans la banque.

Le temps viendra où ces questions, hélas, nous seront posées, ou au moins aux concepteurs du système pervers qui condamne la médecine libérale en la pervertissant, en en faisant un commerce inégal. Espérons que les dégâts causés aux hommes comme au pays et au système de santé ne seront pas trop, trop importants... Au bal des hypocrites¹², le bouc émissaire des "abus", même bien choisi, ne résoudra rien. Comme tous les boucs émissaires, il ne fera au mieux que rassembler tout le monde et calmer le jeu un temps mais, tel le boomerang, les problèmes reviendront d'autant plus vite et d'autant plus violemment.

Nos "Chroniques" sous forme de livre

A l'initiative du président Couderc, le recueil de ces Chroniques hebdomadaires est proposé et diffusé en édition papier, sous forme de livre classique, alors que nous ne l'éditions jusqu'à maintenant que sous forme de recueil au format .pdf. Nous continuerons l'édition au format .pdf qui est imbattable par sa capacité de recherche rapide, plus efficace que le meilleur des index.

Ce livre reprend les chroniques depuis leur origine en avril 2009 et constitue donc un très gros recueil. Il n'est rien d'autre qu'un témoignage sur l'actualité vue à chaud. Il balaye les sujets qui ont préoccupé les hospitaliers durant les trois dernières années. Feuilletter ces chroniques permet de mieux percevoir ce qui a avancé, mais aussi ce qui est resté bloqué, ce qui a perdu de l'importance et ce qui en a pris...

Nombreux sont nos lecteurs qui ont encouragé cette publication. Elle est pour nous l'occasion de les remercier de leur fidélité, de leurs encouragements et de leurs contributions et critiques qui sont un précieux encouragement et un signe que sans doute ces "Chroniques hebdomadaires" rendent service. C'est le vœu que nous formons aussi pour ce livre, que tous les abonnés à ces Chroniques recevront ces jours-ci.

Les enseignements de l'édition de "MediSigles"

La version 3 de notre application "MediSigles" pour iPhone-iPad-iPod touch est, elle aussi, sortie cette semaine¹³. Ce dictionnaire des sigles médicaux est resté au fil des ans le plus complet de sa catégorie et son succès international ne se dément pas.

Depuis la première sortie de MediSigles, début 2009, nous avons gagné en expérience puisque nous proposons, depuis, trois autres applications :

- une base de données reprenant tous les tarifs officiels s'appliquant aux établissements MCO (T2AtarifsMCO)¹⁴ ;
- un très gros dictionnaire de citations relatif à la qualité hospitalière (Citations Q-H)¹⁵ ;
- et une base de données listant tous les établissements et les centres de radiothérapie autorisés en oncologie avec leurs coordonnées, leur géolocalisation, un lien direct avec la page les concernant sur les sites d'information officiels et surtout, ce que personne d'autre ne donne, l'activité qu'ils ont eue sur les 5 années précédant leur autorisation (2005 à 2009), lorsqu'elle est disponible (Autori cancer - Etablissements autorisés en oncologie)¹⁶.

Cela vaut sans doute de s'arrêter un peu sur l'expérience acquise sur ce nouveau mode de diffusion de l'information pour essayer d'en souligner quelques enseignements.

Ce qui frappe d'abord c'est que ces applications pour "smartphone" ressortent de la **culture du gratuit**. Notre version 1 était à 9,9 \$. Elle fut, au dire d'Apple, un triomphe puisque durant des mois nous avons été classés dans les 50

meilleures applications de médecine, et, lorsqu'Apple a sorti un nouveau classement, celui des applications les "plus rentables", nous y avons très régulièrement figuré !... Hélas les "ventes" plafonnaient à... 120 exemplaires ! Nous avons donc baissé le prix à 1,99 \$ (soit, à l'époque, à peine 1,50 €). Le "succès", alors, ne se dément pas. Nous arrivions alors à presque 200 exemplaires vendus...

Nous n'avons jamais vu de publications sur ce sujet. Très peu de chiffres sortent. Le sujet est traité par un biais : on comprend que la rentabilité ne peut venir que de la publicité. Ce n'est, bien sûr, pas notre choix.

Notre expérience le confirme : le système n'a pas encore trouvé son "modèle économique"¹⁷, comme on dit. Reste un petit créneau, le nôtre. Des applications peu chères d'élaboration (souvent parce que les bases constitutives existent déjà) qui peuvent pour telle ou telle raison rejoindre ce monde du gratuit. L'après-midi même où nous avons fait paraître la version gratuite de MediSigles (MediBrev en anglais), 550 exemplaires sont été téléchargés, dont 349 aux USA (contre 199 en tout en 20 mois !). Depuis, on peut parler de vrai succès.

Quand on interroge autour de nous, on constate que beaucoup d'utilisateurs de telles applications font peu ou pas de mises à jour. Beaucoup le font très tard. Sans doute, pour une part, sont-ils contents de leur produit et des services qu'il leur rend. En conséquence ils ne mettent pas à jour. Il est par exemple étonnant de constater que de nombreuses mises à jour de T2AtarifsMCO se sont encore faites ces derniers mois. Il demeure pourtant que le taux de téléchargement des mises à jour reste sans doute un bon **indicateur de l'utilité** d'une application. Ceux qui ne se servent pas des applications téléchargées les jettent et, bien sûr, ne mettent pas à jour. Nos taux de mise à jour sont considérés comme élevés, puisqu'au-delà des 50 %. La dernière version de MediSigles avait été mise à jour par 64 % des utilisateurs. C'est beaucoup.

Un autre indicateur est le nombre d'**imitations**. Les "*me too*" ont fleuri très rapidement pour MediSigles. Il y en a eu deux dans les 15 jours, en provenance des USA. Exactement le même produit, mais avec considérablement moins de sigles. Il y en a beaucoup plus maintenant, mais nous maintenons très largement notre avance.

Nous avons été interrogés par un thésard australien sur la méthode d'élaboration. Elle reste subjective. Nous ne prenons pas les sigles qui ne se retrouvent pas sur de nombreux sites ou revues, surtout à comités de lecture. Nous sommes sévères sur les sigles les plus courts, on n'en finirait pas. Nous refusons les sigles ou les abréviations "évidents" du type de ceux que mettent certains de nos concurrents sur leur présentation (1st : premier 2nd : second...). Par contre, nous prenons parfois des sigles d'institutions qui peuvent surprendre. En fait nous les prenons car nous avons trouvé des contributions importantes de ces institutions sur le sujet de la santé. Il en est ainsi de certaines institutions militaires par exemple.

Les spécialistes le disent : **les notes d'information** ne sont pas lues. Nous en avons un début de preuves sur T2AtarifsMCO : il y a eu du buz pour nous reprocher de ne pas mettre les honoraires alors que nous regrettons nous-mêmes le choix fait par les Tutelles de ne pas donner de chiffres officiels comparables...

Pour revenir à MediSigles, concernant ces notes nous sommes les seuls à mettre en garde au sujet du **danger à utiliser des sigles en médecine**¹⁸. Certains nous alertaient sur ce qui pouvait apparaître comme une contre publicité. Nous pensons au contraire que cet avertissement, motivé par une note circonstanciée, est un gage de sérieux. Parmi nos concurrents nous sommes les seuls à faire cette mise en garde et les premiers à avoir publié la liste intégrale des sigles "interdits" ou "déconseillés" par les organismes "qualité" américains et australiens (les « *"Do not use" list* »). Par contre cela n'a eu aucun effet chez les institutionnels en France. A notre connaissance, à ce jour, aucune de nos institutions ne s'est, hélas, intéressée au sujet ! L'APM nous avait pourtant honorés d'une Dépêche bien argumentée sur ce sujet. Le pragmatisme des publications australiennes faites avec photocopies de cas concrets ayant conduit à des mauvaises interprétations, parfois dangereuses, montre que cela doit forcément se produire en France aussi.

MediSigles était fait pour les Français. Plus des deux tiers des téléchargements se font pourtant à l'étranger. Après tout c'est très bien. Ce qui surprend c'est la **répartition des pays**. En termes relatifs, très peu de téléchargements de pays francophones, Belgique, Suisse, pays d'Afrique, du Maghreb (il est vrai que sur iTunes c'est la version anglaise - MediBrev - qui est présentée en Tunisie... Cela ne change rien au contenu, mais est peut-être dissuasif)... Beaucoup de téléchargements aux USA (28 %), pas mal au Canada. Soit. Mais ce qu'on constate de plus surprenant c'est la domination d'un arc Péninsule Arabique Sud Est Asiatique, prolongé par l'Australie, avec, en troisième position, de surprenantes Philippines qui téléchargent à elles seules 7 % du total. Difficile d'avoir des explications. A-t-on là un indicateur de pénétration des nouvelles technologies de l'information ? Un indicateur de dynamisme des peuples en matière d'accès à l'information ? Quelques confrontations d'expériences seraient stimulantes. Apple va franchir ces jours-ci les 25 milliards de téléchargements "d'applications". Chiffre faramineux. Beau terrain d'investigation pour les chercheurs.

Sans nous étendre sur nos autres applications, signalons quand même qu'Autori Cancer - Etablissements autorisés en cancérologie - est **la seule qui, de notre point de vue, ne marche pas bien**. 500 exemplaires en 6 mois, c'est très honorable pour les professionnels concernant une application très ciblée, c'est ridiculement bas pour nous compte tenu du succès des autres applications et du potentiel de gens intéressés. Est-ce dû à une mauvaise présentation de son objet ? Est-ce significatif ? On ne peut s'empêcher de faire le parallèle avec le nombre très décevant de consultations du site d'Hospidiag. Contrairement à ce qu'on croit, cela voudrait-il dire que les professionnels, les citoyens

ou les patients ne s'intéressent que peu à la description objective de l'activité des établissements et/ou à leur comparaison ?

Revenons à MediSigles pour signaler un fait surprenant. Une de nos versions s'est trouvée bloquée très longtemps et sans raison bien claire par Apple. Pour ceux qui ne le savent pas, une des caractéristiques du système Apple est leur **contrôle** draconien sur la programmation des applications. Un danger, certainement. Mais aussi, la garantie bien agréable pour les utilisateurs d'un minimum d'homogénéité et d'un maximum de fonctionnalité des applications téléchargées. Ce n'est pas le cas pour les applications Android, très peu contrôlées, mais où il faudrait presque une programmation spécifique par type de téléphone. Les modèles ne sont pas les mêmes, les garanties apportées non plus¹⁹.

Notre application est donc bloquée alors que la base est la même que sur la version précédente, au nombre de sigles près. Elle est seulement beaucoup mieux "protégée". Ce ne peut être une cause de refus. Et pourtant, après plusieurs mois de blocages et de recherches notre développeur reçoit un dossier courrier postal (fait rarissime de la part d'Apple) l'informant que le blocage est dû au Pentagone (sic !) et que si nous voulons qu'Apple passe outre à ce refus, il faut remplir le volumineux dossier joint, l'envoyer à l'adresse indiquée, au Pentagone à Washington, complété d'un Cd-rom avec l'intégralité de la base complètement ouverte... et que si nous passons cette première étape il y en aura deux autres, du même type, sur dossiers. Jamais nous n'avions été informés d'un tel contrôle. Rappelons qu'il s'agit d'un tout bête dictionnaire de sigles médicaux ! Mais quel violent rappel de la faiblesse, de la dépendance et du retard de l'Europe !

Au total il reste que ces Smartphones n'ont pas fini de nous étonner par leurs possibilités et que nous trouvons une foultitude d'outils utiles dont nous aurions tort de nous priver. Les applications UNHPC, modestement, essaient de marquer une présence sur ce secteur passionnant et en plein développement.

Trois évolutions majeures

Evoquons pour finir trois évolutions fort différentes, mais toutes trois majeures.

- La **proposition de loi du député Olivier Jardé²⁰ relative aux recherches impliquant la personne humaine** a été définitivement adoptée ce mardi 21 février au Sénat. Son élaboration a été longue et a donné lieu à des débats importants. Sur le site parlementaire on précise : "*Cette nouvelle loi va donner un socle juridique commun aux recherches scientifiques sur la personne, qui permettra de simplifier les démarches des chercheurs tout en préservant les droits des individus qui s'y prêtent. La contrainte réglementaire sera notamment adaptée au risque encouru par les patients, avec trois catégories décroissantes, et l'avis du comité de protection des personnes sera obligatoire dans tous les cas. Le fonctionnement de ces comités, hété-*

rogène, sera harmonisé par une commission nationale." C'est en effet tout ce qu'il faut souhaiter...

La "petite loi" est téléchargeable. Nous diffuserons bien sûr la loi dès qu'elle paraîtra au Journal Officiel. Le dossier législatif est très complet et vaut d'être consulté²¹.

- Les termes "**Mademoiselle**", "*nom de jeune fille*" ou "*nom d'épouse*" doivent disparaître des formulaires administratifs, demandent les services du premier ministre, François Fillon, dans une circulaire datée du 21 février. La sphère du respect dû aux personnes s'étend dans l'administration. En ces temps difficiles pour la condition féminine on ne peut que se réjouir de la disparition du vocable de "Mademoiselle". On peut par contre s'interroger sur la disparition du "nom de jeune fille" ou du "nom d'épouse". N'y avait-il pas là une liberté du même ordre que celle donnée récemment de porter le nom de ses deux parents et un choix qui porte sens ?
- Le Monde, entre autres, a bien raison de signaler ce qui est probablement aussi une évolution majeure : "**les industriels français devront déclarer leur utilisation de nanoparticules** : La traçabilité des nouveaux matériaux est une première en Europe. Les nanotechnologies refont surface dans le débat en France. Deux textes, très attendus, viennent d'être publiés sur ce secteur scientifique et économique qui repose sur des objets mesurant de l'ordre du milliardième de mètre. Les produits qui en sont issus, plus d'un millier aujourd'hui, se retrouvent dans l'alimentation, l'habillement, la santé ou l'électronique."²²

¹ Confédération des syndicats médicaux français

² Confédération française démocratique du travail

³ Union nationale des caisses d'assurance maladie

⁴ Tribune de **Michel Régereau**, président de la CNAMTS, "*Honoraires des médecins : comment éviter les abus ?*" "*La liberté d'honoraires des médecins est-elle compatible avec l'égal accès aux soins ?*" Les Echos du 17 février 2012

⁵ Ch. G - "*Polémique autour des dépassements d'honoraires : La CSMF dénonce les « chiffres fantaisistes » du président de l'UNCAM*" - Le Quotidien du Médecin du 20/02/2012

⁶ Erwan le Fur - "**Dépassements d'honoraires : à l'hôpital aussi** : Autorisés à exercer une activité libérale au sein même d'un hôpital public, certains chirurgiens en profitent pour pratiquer des tarifs indécents. « 60 » publie en exclusivité les chiffres révélant l'ampleur du phénomène." - 60 Millions de consommateurs - N° du 1^{er} mars 2012

Cf. : http://www.60millions-mag.com/actualites/archives/des_depassements_d_honoraires_indecents_a_l_hopital_public

Extrait de la présentation du dossier sur le site : "*Nous avons même trouvé quelques champions : deux chirurgiens, l'un à Nice et l'autre à Montpellier, qui ont facturé chacun plus de 400 000 € par an ! Quelque 35 000 € par mois, pour une journée hebdomadaire de travail...*"

⁷ Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés

⁸ Praticien hospitalier

⁹ Conseil national de l'ordre des médecins

¹⁰ Fédération hospitalière de France

- ¹¹ Dans un article au titre inutilement provocateur, Catherine Le Borgne, dans Agora, rappelle "Ce nouveau secteur, boudé par l'assurance maladie (qui veut la liquidation progressive du secteur 2 en contrepartie), les médecins (qui veulent qu'il soit accessible à tous les médecins, et aux secteurs 1), les mutuelles (qui redoutent une inflation générale des dépenses) et les patients (qui pressentent une généralisation des dépassements d'honoraires et une augmentations de leurs cotisations) sera réservé aux gynécologues obstétriciens, anesthésistes et chirurgiens du secteur 2. Ces derniers seront autorisés à appliquer un dépassement de 50 % du prix de l'acte sur 70 % de ceux-ci. Les mutuelles devront obligatoirement prendre en charge ces dépassements, dans le cadre des contrats responsables (qui bénéficient encore d'une moindre pression fiscale)."
Catherine Le Borgne - "Rémunérations - Le président de la Cnam, tortionnaire du secteur 2" - Agora le 17-02-2012 - <http://www.egora.fr/sante-societe/remunerations/143849-le-president-de-la-cnam-tortionnaire-du-secteur-2>
- ¹² Signalons le "parler vrai" de **Jacques Domergue** : "On ne peut pas aller chercher des poux dans la tête des chirurgiens qui font des excès, ils sont dans la loi !", résume-t-il de façon un peu provocante mais fort défendable dans le Quotidien de ce jour. Là gît le problème, en effet. Jacques Domergue avait, juste avant, rappelé que "la chirurgie ne tient que grâce aux dépassements d'honoraires, car avec 50 % de frais, un praticien ne peut pas s'en sortir avec les tarifs conventionnels".
Coline Garré - *Dépassements abusifs à l'hôpital, 2 000 praticiens sous l'œil de la CNAM* - Le Quotidien du Médecin du 27 février 2012.
- ¹³ La dernière version, version 3, propose 41.000 sigles, est optimisée pour l'iPad, distingue deux champs supplémentaires : le ou les pays concerné(s) (173 pays nommés, 20.700 sigles concernés. Les sigles proprement médicaux n'ont par définition, pas de rattachement) ; un champ commentaires ou complément d'information (9.100 fiches concernées. Sans faire un dictionnaire, certaines précisions sont utiles à la compréhension. Ex. les dates de création et ou de disparition d'une institution...). Le copier-coller et l'envoi par mail sont possibles avec cette version. Par ailleurs, le fait d'expurger le champ "signification" du sigle de toute mention de pays et de tout commentaire complémentaire optimise le contenu des pages Google proposées en automatique (les pages Wikipedia viennent d'une recherche sur le sigle lui-même). Il s'agit donc d'une vraie nouvelle version...
MediSigles : <http://itunes.apple.com/fr/app/medisigles/id301625277?mt=8>
T2AtarifsMCO : <http://itunes.apple.com/fr/app/t2a-tarifs-mco/id361656425?mt=8>
Citations Q-H : <http://itunes.apple.com/fr/app/citations-q-h-qualite-hospitaliere/id396870547?mt=8>
- ¹⁴ Autori cancer : Etablissements autorisés : <http://itunes.apple.com/fr/app/citations-q-h-qualite-hospitaliere/id396870547?mt=8>
- ¹⁵ Il y a, à ce jour, 4.888 applications payantes et 3.944 applications gratuites classées en "Médecine" disponibles sur le site d'iTunes Store. Parmi elles beaucoup devraient être classées uniquement dans la rubrique "Forme et santé" qui leur conviendrait mieux. Tous les jours de nouvelles applications sont proposées.
- ¹⁶ Cf. l'encadré de l'écran d'ouverture : "Attention, l'utilisation des sigles est dangereuse. En matière de soins, utiliser des sigles peut faire gagner quelques secondes, se l'interdire peut sauver des vies..."
- ¹⁷ Une version Android de MediSigles devrait sortir très rapidement. Elle devrait fonctionner de façon satisfaisante sur 70 % des téléphones Android. Il sera intéressant de comparer les téléchargements selon les systèmes.
- ¹⁸ Nouveau Centre
- ¹⁹ Petite loi : <http://www.senat.fr/petite-loi-ameli/2011-2012/259.html>
Dossier législatif complet : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl08-177.html>
- ²⁰ David Larousserie et Pierre Le Hir - *Les industriels français devront déclarer leur utilisation de nanoparticules - La traçabilité des nouveaux matériaux est une première en Europe* - Le Monde du 23 février 2012, p. 10

La santé oubliée, réfléchi, guidée

**La santé est absente
de la campagne...**

**Les libéraux sont absents
du Plan Cancer...**

**Le patient
"reste au centre"...**

Date de parution : lundi 5 mars 2012

Mots types : Campagne électorale - M. Rocard - Droits - Patients - Loi Kouchner - Soins - Patient centered - NEJM - Plan Cancer - Rapport d'étape - Anatomie et cytologie pathologiques - Médicament - Prise en charge

Outre les malheurs de la Syrie, la semaine a semblé dominée par **la campagne électorale**. Tout y conduisait, tout nous y ramenait. Le salon de l'agriculture a été un excellent support publicitaire pour chacun des candidats, sans que les difficultés de l'agriculture paraissent mieux prises en compte. Les sondages se succèdent à l'infini, sans éclaircir pour autant ce que seront les choix majoritaires fin avril. Les médias se passionnent pour le taux d'imposition des quelques milliers de personnes qui gagnent plus de 100 millions d'euros et délaissent complètement les millions d'autres qui sont au seuil de pauvreté ou les 30 % qui sont dans la précarité dans chacun de nos pays développés. La santé est largement absente des débats. Faut-il le regretter quand on voit le niveau de la campagne ? Telle qu'elle se déroule, non. Sur le fond, oui, car nous aurons à faire face à une période difficile, la croissance étant durablement en panne et nous en dépendons largement.

Un ancien premier Ministre a dit tout haut cette semaine ce que beaucoup pensent tout bas¹. La campagne n'est pas à la hauteur des enjeux. Michel Rocard vient de sortir un livre pour exprimer son inquiétude. Interviewé à propos de son livre, il ne mâche pas ses mots. *"Il n'y a pas beaucoup d'idées là-dedans, il n'y a que des faits et c'est bien là l'emmerdant."* *"Dans votre livre, le mot « inquiétude » revient souvent. Notamment face à la vacuité intellectuelle de la campagne..."* s'inquiète un de ses interviewers. *"Quand on part pour la tempête, l'essentiel se joue en amont des programmes, dans la manière de définir l'absolu prioritaire et, bien sûr, le cap global. Après, on fait ce qu'on peut. Pour cette campagne, le diagnostic n'a pas assez été porté."* Pourtant, *"nous ne nous sommes jamais trouvés dans une situation aussi dangereuse depuis bien des décennies."* Sur la seule question de l'économie, Michel Rocard convie Lord Mervyn King, gouverneur de la Banque d'Angleterre, *"un homme qui n'a jamais un mot de trop, [et qui] a expliqué il y a peu qu'il fal-*

lait s'attendre à une récession sans doute plus grave que celle de 1930". Il convie aussi Jean-Pierre Jouyet, président de l'Autorité des marchés financiers (AMF) : "Lui, dont le rôle est d'empêcher la casse et de rassurer les opérateurs de marché, a déclaré qu'il fallait craindre une explosion du système économique et financier mondial. On n'en parle pas beaucoup de tout ça dans la campagne et on s'amuse." "Ce qui est nouveau, c'est l'intensité des dangers par rapport à un état d'esprit futile." "L'essentiel reste l'effet de serre et le danger financier. Nous ne nous occupons pas de l'essentiel." "Nous sommes dans l'imbécillité politique collective." "La marge de manœuvre budgétaire est à peu près nulle." "La vraie marge de manœuvre, c'est la compréhension politique de l'opinion, d'où l'importance d'en parler."

L'opinion, elle, se lasse. Elle "n'y croit plus". Tous les commentateurs le notent.

... En ce qui nous concerne ici, il faudrait donc regretter que la campagne ne donne pas plus l'occasion de "parler" de la santé, de l'accessibilité, de l'évolution de notre système, de sa régulation, du taux de cotisation, du reste à charge, de la formation des patients comme des professionnels, de la prévention... pour faciliter "*la compréhension politique de l'opinion*" et éclairer ses choix. Il reste encore quelques semaines.

Le patient au centre...

Discrètement, cette semaine a aussi été marquée par les **10 ans de la loi Kouchner** relative aux droits des malades² mais qui allait beaucoup plus loin sur de nombreux sujets. Ce lundi se tient un intéressant colloque intitulé "*La loi sur les droits des malades, 10 ans après*", colloque dont il faut souhaiter la publication des actes.³ Concernant la loi et le droit des malades, le CISS souligne que beaucoup reste à faire⁴.

Cela ne contredit pas le fait que la loi "Kouchner" a incontestablement permis de développer cette sphère du droit qui constitue une des trois figures du soin que Nathalie Saccaï-Reybers appelait "*les trois figures du respect*" : la compétence, le droit et l'hospitalité⁵.

Dans nos métiers, il faut en effet tenir les trois.

La dernière livraison du New England Journal of Medicine nous convie, elle, à une réflexion sur la notion complémentaire de "*médecine centrée sur les patients*" (patient-centered medicine). On est ici dans la sphère de l'hospitalité et dans celle de la compétence pour reprendre les catégories de Nathalie Saccaï-Reybers. Le New England nous propose quatre approches qui sont autant de bilans des vingt dernières années⁶.

Après E. Balint en 1968⁷ c'est en 1988 que le Picker/Commonwealth Program forgea le concept de "*patient centered care*"⁸. Il a ensuite été repris un peu partout⁹. Une des étapes importantes de sa définition est dans le rapport de l'IOM¹⁰ "*Crossing the quality chasm*"¹¹ qui fit suite au fameux "*To err is hu-*

man". "Les soins centrés sur les patients sont des soins respectueux, en adéquation avec les préférences individuelles, les besoins et les valeurs du patient et qui lui garantissent que ses valeurs propres constitueront le fondement de chacune des décisions cliniques le concernant".¹²

Cette approche est particulièrement nécessaire lorsqu'un patient précis est dans une période où son état peut relever de plusieurs options, où des thérapeutiques ou des modes de prise en charge peuvent déboucher sur des résultats ou des conséquences différents pour lui et son entourage. Elle est particulièrement destinée aux patients souffrant de plusieurs maladies chroniques, d'incapacités majeures ou à espérance de vie limitée.

Comme le souligne et l'explique David B. Reuben, une telle approche du soin, centrée sur les buts et les résultats ainsi escomptés, a beaucoup d'avantages. Ces avantages existent pour le patient. Ils existent aussi pour le médecin. Mais cette approche permet aussi de progresser sur la triple perspective assignée aux hôpitaux de Medicare et de Medicaid : de meilleurs soins pour les individus, un meilleur niveau de santé pour les populations et des coûts moindres. La plus grande difficulté que rencontre la médecine "orientée patient" tient sans doute au fait que le paradigme dominant est basé sur les résultats obtenus sur la maladie du point de vue des recommandations des sociétés savantes et des finalités collectives nous dit l'auteur.

Charles L. Bardes évoque, lui, différentes évolutions qui ont été marquées par cette approche qu'il distingue lui aussi de "*illness-oriented care*", les soins centrés sur la maladie. Il cite le concept de "*patient-centered medical home*", celui de "*patient as consumer*" pour conclure que la médecine centrée "patient" est, avant tout, une métaphore.

« "*Centré patient*" est en opposition avec "*centré médecin*" et remplace un univers du type de celui de Ptolémée tournant autour du docteur avec une galaxie copernicienne tournant autour du patient. Le défaut dans la métaphore est que le patient et le docteur doivent coexister dans une relation thérapeutique, sociale et économique de prérogatives réciproques et très entrelacées. Aucun n'est le roi et aucun n'est le soleil. La santé dépend de la collaboration entre le patient et le médecin. Cette collaboration doit tenir compte d'une multitude de tierces personnes intéressées. Le patient et le médecin doivent donc se rencontrer comme des égaux, apportant une diversité de connaissances, de besoins, d'inquiétudes en interaction réciproque. Aucun ne peut revendiquer une position centrale. Une meilleure métaphore plus adaptée pourrait être celle d'une paire d'étoiles décrivant une orbite autour d'un centre commun de gravité, ou peut-être l'hélice double, dont deux fils s'encerclent, ou - pour revenir aux racines de la médecine - le caducée, dont les deux serpents s'entrelacent pour toujours. »¹³

Ces débats rejoignent les nôtres, en particulier en cancérologie. Les auteurs évoquent d'ailleurs souvent les malades atteints du cancer, les essais cliniques, l'après cancer...

Il manque cependant à ces articles la dimension organisationnelle. Le "patient centered" de nos collègues du New England est au centre des préoccupations de professionnels en général et des médecins en particulier. C'est bien, c'est nécessaire, et cela demande comme ils le soulignent des organisations spécifiques, une formation et des aptitudes particulières tant du côté des professionnels que des patients et des accompagnants.

Mais il y a une autre dimension qui est souvent développée par la chirurgie ambulatoire. Rappelons le mot devenu célèbre de Claude de Lathouwer au congrès de l'AFCA¹⁴ en 1996 : "*Au centre de la Chirurgie Ambulatoire il y a l'organisation, et au centre de l'organisation il y a le patient.*"¹⁵ La chirurgie ambulatoire le démontre : si le patient est réellement au centre de l'organisation, cela change aussi beaucoup de choses du point de vue de la qualité des prestations offertes comme de la productivité de nos établissements et de nos plateaux techniques. Là aussi le débat, les confrontations d'expérience restent nécessaires et les marges de progrès sont aussi grandes que nécessaires.

Finalement le "patient au centre du système", est devenu souvent une expression convenue qui ne peut déboucher que sur l'humour ou l'amertume. On se souvient de l'expression de Jean de Kervasdoué au sortir de son expérience de patient. « *Si le patient est "au centre du système de santé", étant donné la taille du centre, le cercle doit être immense !* »¹⁶. La question de la place, du rôle du patient comme de la finalité demeurent pourtant. Mais sans doute faut-il distinguer :

- le patient qui est au centre de nos préoccupations professionnelles, dès la pose du diagnostic. On est ici dans le domaine de la compétence et de la qualification ;
- le patient qui est centre de l'organisation interne de nos plateaux techniques,
- le patient dont les volontés et les valeurs sont centrales dans la définition des soins qui seront décidés. C'est bien l'objet de ce que la tradition appelait le colloque singulier.

Il y a bien là trois tensions qui sont fondatrices de la qualité et de la qualification de nos prestations. Même s'il se limite à la troisième, le New England a bien raison de nous convier à faire le point sur l'évolution de nos pratiques. L'évolution et les progrès en matière de "droits des patients", aussi précieux et souhaitables soient-ils, ne doivent pas nous faire oublier qu'avant même cette capacité de défense collective, il y a la qualité des pratiques.

Rôle de l'INCa

Cette semaine, le Président de la République a reçu de M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et de Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat à la Santé, le **Quatrième rapport sur l'avancement du Plan Cancer 2009-2013**¹⁷.

"À la fin 2011, l'avancement du Plan cancer 2009-2013 présente un bilan globalement satisfaisant, grâce à l'implication de tous les acteurs de la re-

cherche et de la lutte contre le cancer et à la mobilisation des ressources programmées" nous dit-on¹⁸.

Nous avons eu l'occasion d'échanger sur ce rapport avec le Dr Michel Guiu, Président du Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) et reprenez ici ses conclusions.

Pour les Pathologistes, ce rapport d'étape apparaît surtout comme une promotion de l'INCa¹⁹, un plan de communication tout autant sinon plus qu'une analyse de l'existant et des évolutions liées au Plan Cancer.

L'INCa, dans ce document, se targue de soutenir et valoriser la discipline et la qualité de ses prestations, et d'accompagner l'adaptation de l'ACP aux évolutions technologiques, ainsi que cela était prévu par la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 « *soutenir la spécialité d'anatomie pathologie* »²⁰.

Après 10 ans de Plan Cancer et bien que l'ACP²¹ soit à chaque Plan considérée comme une spécialité "*pivot*", "*incontournable*" ou "*irremplaçable*", le SMPF n'a constaté ni changement et ni aide réelle pour la discipline, bien au contraire. Aucune des recommandations n'a réellement été respectée et la crise de l'ACP s'est fortement aggravée, en particulier pour le secteur libéral qui représente les 2/3 du diagnostic ACP.

Le rapport surévalue le rôle de l'INCa. Pourtant, c'est devant son inaction qu'il a bien fallu prendre d'autres initiatives. L'INCa s'en prévaut maintenant... Ainsi, dans la partie « commentaires », l'INCa s'approprie le travail des autres : d'une part, celui du Conseil National de Pathologie réalisé dans le cadre d'un groupe de travail mise en place par la DGOS²² à la demande de la profession et, d'autre part, celui du Syndicat des Médecins Pathologistes Français, des sociétés savantes et de l'Assurance-maladie pour mettre en place, après huit ans de retard, la CCAM-ACP²³. Bien sûr les pathologistes ne vont pas jusqu'à demander un rappel de l'histoire récente. On se souvient en effet que le président de l'INCa s'était opposé en 2009 à la revalorisation des actes d'ACP cancérologiques pour éviter que le secteur libéral puisse en bénéficier.

De même, l'INCa évoque le travail de structuration des comptes rendus ACP à destination du DCC²⁴ réalisé dans le cadre de réunions de la profession avec l'ASIP²⁵. Là également, l'INCa n'a joué aucun rôle, excepté celui d'observateur.

Dans le cadre du groupe de travail mis en place par la DGOS, l'INCa, a présenté des rapports sur la double lecture en ACP, les plateformes de génétique moléculaire, les tumorothèques. Mais, de façon étonnante, ces rapports avaient été élaborés par l'INCa sans le moindre audit externe et sans prendre en compte les remarques de la spécialité. Les coûts financiers déclarés sont, par ailleurs, largement sous-estimés par l'INCa.

La mise en place de tumorothèques a alourdi le travail des pathologistes. Il aurait été intéressant de mettre en parallèle le coût extrêmement élevé des tumorothèques en congélation et les bien faibles résultats obtenus en terme de publications, de conservation des échantillons (la moitié est inutilisable) alors

que les pathologistes disposent d'une gigantesque tumorothèque en paraffine, gratuite, permettant de réaliser à moindre coût la grande majorité des tests moléculaires à visée sanitaire.

L'instauration d'une double lecture hospitalière systématique, imposée par l'INCa sans aucune concertation, est considérée par l'ensemble de la profession (AFAQAP²⁶, CNPath²⁷) comme une grave erreur déstabilisant une spécialité fragilisée et débouchant, à terme, sur une perte de compétence globale des pathologistes et une perte de confiance des cliniciens. Bien sûr on ne dit rien de sa finalité corporatiste censée aider les hôpitaux publics... qui eux-mêmes dénoncent la mesure dans les mêmes termes que leurs collègues libéraux. L'INCa ne souligne que l'intérêt épidémiologique et pour la recherche de son initiative. C'est un peu facile et bien loin de la réalité de terrain.

Quant à la possibilité pour tout pathologiste de pouvoir demander un avis spécialisé en cas de difficulté diagnostique (consultation de second avis), seule solution capable de sécuriser le diagnostic ACP, elle n'est toujours pas mise en place malgré les demandes régulièrement réitérées de l'ensemble de la spécialité et l'intérêt de la HAS²⁸. Pourtant si cette demande était suivie d'effet, cela bénéficierait grandement à la qualité des soins et l'INCa pourrait, à bon escient cette fois-ci, en faire un sujet de communication.

La création de plateformes de génétique moléculaires excluant la quasi-totalité des pathologistes (ce qui va à l'encontre des recommandations du rapport préparatoire du Pr J. P. Grünfeld concernant les plateformes qu'il voulait mixtes publiques-privées) s'est finalement opérée au bénéfice quasi exclusif des biologistes. L'indication de tels tests dépend pourtant directement et obligatoirement du diagnostic ACP. Pour être dans le ton, on peut difficilement considérer qu'il s'agit là d'un "accompagnement" de l'ACP "aux évolutions techniques et scientifiques". Comment, une fois encore, ne pas se demander si le but n'était pas d'exclure le secteur libéral de ces nouvelles techniques, au risque d'en exclure également les pathologistes hospitaliers, ce qui a été le cas. Si ça n'est pas le cas, il ne reste que l'incompétence pour expliquer ces évolutions voulues et organisées. Nous n'y croyons pas car les professionnels, tous les professionnels, alertent l'INCa à temps et à contre temps.

Il faut rappeler aussi que les financements INCa excluent systématiquement le secteur libéral pourtant largement majoritaire dans la prise en charge du cancer. Seule son aide financière à hauteur de 50 000 € en faveur de l'association d'assurance qualité (AFAQAP) peut être considérée comme un soutien à la profession pour garantir la qualité des diagnostics. Les autres décisions prennent très insuffisamment en compte l'intérêt des patients, en particulier ceux pris en charge en secteur libéral totalement oubliés, et découlent d'un hospitalocentrisme très malhabile, souvent très sectaire anti-privé et souvent, il faut bien le dire, assez contre productif. L'ACP reste en crise et l'INCa ne l'aide pas à s'en sortir.

Hélas, ces considérations s'appliqueraient de façon très proche à l'oncologie médicale et à la radiothérapie.

Les Plans Cancer soulignent combien nous avons besoin d'une vraie évaluation des politiques publiques.

Ces rapports d'étape ne peuvent en tenir lieu.

Parmi les "pilotes" du Plan Cancer il y a la Ligue. On se dit que les patients ont encore du chemin à faire pour trouver leur autonomie et une capacité d'expression en termes d'évaluation.

Le Plan Cancer en cours prévoit heureusement un dispositif spécifique d'évaluation avec le Haut conseil de la santé publique et, pour ce qui concerne les mesures de l'axe recherche, avec l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur. Les travaux ont été engagés nous dit-on. On souhaite que les acteurs soient entendus. Il y aurait conflit d'intérêts si l'évaluation ne se faisait qu'à partir des "Pilotes" officiels...

Les professionnels y plaideraient pour un INCa plus présent, plus fort, plus indépendant, plus conscient de sa mission de service public.

Médicament...

Après le contrat de bon usage et l'arrêté du 6 avril 2011²⁹, après les publications de l'ANAP³⁰ et avant les publications thématiques de l'AFSSAPS³¹ sur les événements "*qui ne devraient jamais arriver*", la DGOS a publié un guide³² et une circulaire³³ concernant la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les compétences administratives exigées en pharmacie et tout au long du circuit du médicament se font de plus en plus pressantes. La vigilance s'impose, c'est le cas de le dire. Plusieurs travaux sont programmés pour les jours qui viennent : nomination d'un responsable, en concertation avec la CME, pour le 6 avril, formalisation des responsabilités des professionnels pour le 6 avril aussi... Le BAQIMEHP³⁴ produit des guides pour l'usage des guides et des circulaires. On en a bien besoin.

- ¹ Michel Rocard - *On est dans l'imbécillité politique collective* - Interview recueilli par Jonathan Bouchet-Petersen, Sylvain Bourmeau, Alexandra Schwartzbrod - Libération du 2/03/2012 - <http://www.liberation.fr/politiques/01012393328-on-est-dans-l-imbecillite-politique-collective> - Interview à propos du livre de Michel Rocard - *Mes points sur les i : Propos sur la présidentielle et la crise* - Odile Jacob (23 février 2012)
Cf. aussi : Michel Rocard - *La société de demain sera moins marchande et moins cupide* - Propos recueillis par Françoise Fresso - Le Monde du 26.02.12
"Pourquoi ce livre ? : C'est un coup de colère. Je l'ai écrit en octobre, pratiquement d'une seule traite en le dictant, parce que moi, qui voyage beaucoup, j'étais effaré par l'inanité des conversations, la vacuité du débat."
"Pourquoi jugez-vous impossible de retrouver une croissance soutenue à moyen terme ? : Parce que nous ne vivons pas une seule crise mais plusieurs. A supposer que l'on parvienne à réguler la finance, il faudra de longues années pour désendetter les Etats. Et il y a le "pic pétrolier" qui sonne le glas de notre modèle de prospérité. L'ère du pétrole bon marché est révolue. La consommation s'accroît alors que le volume disponible diminue. La hausse des prix est aussi inévitable que potentiellement forte. Elle va fortement peser sur le pouvoir d'achat. La récession menace, la croissance rapide est terminée."
- ² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ³ Sorbonne Paris Cité, en partenariat avec le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) et l'Institut BVA - Faculté de droit Amphi Janet 10, avenue Pierre Larousse 92240 Malakoff - 5 et 6 mars 2012.
Cf. mail UNHPC 12/78 du 6 février 2012
- ⁴ Dépêche Hospimedia du 2 mars 2012 : P. H. - Droits des patients - Le CISS ne veut pas

d'une nouvelle loi à la hâte

"Il serait contre-productif de se hâter à de nouvelles dispositions législatives alors que nombre de droits et de dispositifs ne sont toujours pas ancrés dans les pratiques ni des Français ni de l'ensemble des acteurs du système de santé", conclut le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) dans un communiqué relatant les résultats de l'édition 2012 du baromètre LH2-CISS sur les droits des malades et diffusé à la veille des dix ans de la loi du 4 mars 2002.*

Globalement les Français se déclarent majoritairement satisfaits par l'information qu'ils reçoivent sur la qualité des soins. Mais plus on augmente le degré de précision, plus leur appréciation se révèle critique. 86% souhaiteraient par exemple pouvoir se référer à des critères de qualité pour choisir leur établissement d'hospitalisation (alors qu'existe le site Platines, lire notre article du 22/09/2011) et moins d'un tiers a entendu parler de l'existence des Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) ou des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Le CISS relève ainsi un "défaut de notoriété" des différents moyens mis en place pour permettre l'exercice des droits individuels des malades.

Le collectif affiche également sa déception quant aux droits collectifs et notamment à la démarche de représentation des usagers dans le cadre de la démocratie sanitaire. Les associations se positionnent en effet à la troisième place du podium des organisations désignées les plus légitimes, après les complémentaires santé et les administrations et institutions publiques. Pour corriger le tir, il faudrait une meilleure sensibilisation des usagers sur le rôle des associations agréées, juge le CISS.

Bref des résultats peu encourageants et qui confirment le sentiment d'inachevé après une année 2011 pourtant consacrée aux droits des malades (lire notre dossier du 22/12/2011).

** Sondage LH2 pour le CISS réalisé les 17 et 18 février par téléphone auprès d'un échantillon de 1 005 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus."*

⁵ L'article de Nathalie Saccaï-Reybers peut se résumer ainsi :

Trois figures du respect, de la relation de soin :

I - La compétence

Relation parentale caractérisée par la bienveillance et la fiabilité.

Une confiance qui rencontre une conscience.

Le médecin a un accès privilégié à la connaissance de ce qu'est le bien du malade compte tenu de son savoir. C'est la voie du paternalisme qui constatant l'insuffisance ou l'inexpérience de l'un des termes de la relation, vise à compenser ces déficits en déplaçant l'instance de jugement.

Négociation interpersonnelle mobilisant des attributs de la sphère privée (confiance, conscience...).

Le respect ou la moralisation virtuelle de ces relations est ancré dans une logique cognitive, en référence à un moyen d'action qui est celui de l'identification emphatique.

II - Le droit

Traduction sociale et juridique de la première

Les patients se comportent comme des groupes sociaux susceptibles de porter des revendications et d'obtenir la protection de certains droits.

La désindividualisation et la dépsychologisation de la relation médicale permettent un certain rééquilibrage de cette relation.

La relation est considérée ici sous le prisme de la négociation collective, mobilisant les attributs de la sphère publique. Le respect est associé à une logique de la justice et du droit, il renvoie au mécanisme de la confrontation des intérêts, le moyen d'action étant celui de la lutte.

Dans les deux cas il y a volonté d'établir une relation équilibrée, exigence d'équité et de réciprocité, équilibre des volontés. Le point d'équilibre moralement souhaitable découle de la bienveillance mutuelle.

Les relations de soins ne peuvent faire l'économie de rapports de proximité et d'interdé-

pendance qui engagent les partenaires émotionnellement. Cette interférence est difficilement prise en charge par les catégories des droits et devoirs socialement identifiés. Certaines souffrances morales ne sont pas prises en charge par les références à la compétence et au droit.

III - L'hospitalité

L'hospitalité donne l'exemple d'une relation respectueuse tout en étant une relation de subordination, au sens où elle laisse à l'autre le soin de fixer la norme. Elle réclame l'ouverture d'un espace d'accueil au sein duquel les attentes ne sont pas fixées a priori. L'hospitalité donne l'exemple d'une relation respectueuse tout en étant une relation de subordination, au sens où elle laisse à l'autre le soin de fixer la norme.

Les attentes du soigné peuvent s'avérer très éloignées de sa demande réelle. Or, ils sont supposés s'accorder sur une définition implicite de la santé et de la maladie, du normal et du pathologique, de ce qui est souhaitable et de ce qui ne l'est pas.

Afin de traiter le patient avec respect, le soignant doit reconnaître son statut d'être humain et revenir sur ses propres sentiments de peur et d'impuissance, y faire face lui-même et traiter le patient indépendamment de ses projections.

En ouvrant des espaces de discussion, l'explicitation de la pluralité des points de vue constitue des tentatives pour contrôler les émotions insupportables et arriver, peu à peu, à accepter qu'elles sont nôtres. Là où ce contrôle échoue, il y a manque de respect. Il y a ici reconnaissance d'une asymétrie insurmontable.

Un des obstacles majeurs que l'hospitalité doit surmonter est celui de l'incompétence à soutenir une conversation. La conversation est un des moyens les plus importants de créer l'égalité, et l'hospitalité requiert un désir d'égalité, non au sens d'une égalité commerciale ou mathématiquement exacte, mais au sens d'une dignité égale des êtres humains.

D'après Nathalie Saccaï-Reyners - *Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin* - Esprit - janvier 2006, pp. 95 à 108

⁶ Ce dossier se compose de quatre articles :

- David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti, M.D. - *Goal-Oriented Patient Care - An Alternative Health Outcomes Paradigm* - N Engl J Med 2012; 366:777-779 March 1, 2012 - Cf. : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1113631>
- Michael J. Barry, M.D., and Susan Edgman-Levitan, P.A. - *Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care* - N Engl J Med 2012; 366:780-781 March 1, 2012 - Cf. : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1109283>
- Charles L. Bardes, M.D. - *Perspective ; Defining "Patient-Centered Medicine"* - N Engl J Med 2012; 366:782-783 March 1, 2012 - Cf. : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1200070?query=TOC#t=article>
- Ranjana Srivastava, F.R.A.C.P. - *What's the Alternative? - The Worldwide Web of Integrative Medicine* - N Engl J Med 2012; 366:783-784 March 1, 2012 - Cf. : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1110812?query=TOC>

⁷ Balint E. *The possibilities of patient-centered medicine*. J R Coll Gen Pract 1969 ; 17:269-276, cité par Charles L. Bardes

⁸ cf. Michael J. Barry

⁹ Après plusieurs années de recherche, l'institut avait identifié 8 caractéristiques de soins constitutives des plus importants indicateurs de qualité et de sécurité si l'on se place dans la perspective du patient :

- respect des valeurs, des préférences et des besoins exprimés par le patient ;
- soins coordonnés et intégrés ;
- information et formation du patient et de ses proches afin de leur permettre un choix éclairé ;
- confort physique, y compris par la maîtrise de la douleur ;
- soutien psychologique et prise en charge des peurs et des anxiétés ;
- implication, autant que nécessaire, des membres de la famille et des proches ;
- continuité des soins y compris au cours des transferts entre lieux de prises en charge ;

- accessibilité aux soins.

(eight characteristics of care as the most important indicators of quality and safety, from the perspective of patients: respect for the patient's values, preferences, and expressed needs; coordinated and integrated care; clear, high-quality information and education for the patient and family; physical comfort, including pain management; emotional support and alleviation of fear and anxiety; involvement of family members and friends, as appropriate; continuity, including through care-site transitions; and access to care.)

D'après Michael J. Barry, selon : Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. Through the patient's eyes. San Francisco: Jossey-Bass, 1993

¹⁰ Institute of medicine of the national academies

¹¹ National Research Council. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press, 2001

¹² "care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values" and that ensures "that patient values guide all clinical decisions."

¹³ "Patient-centered medicine is, above all, a metaphor. "Patient-centered" contrasts with "doctor-centered" and replaces a Ptolemaic universe revolving around the physician with a Copernican galaxy revolving around the patient. The flaw in the metaphor is that the patient and the doctor must coexist in a therapeutic, social, and economic relation of mutual and highly interwoven prerogatives. Neither is the king, and neither is the sun. Health relies on collaboration between the patient and the doctor, with many others serving as interested third parties. Patient and physician must therefore meet as equals, bringing different knowledge, needs, concerns, and gravitational pull but neither claiming a position of centrality. A better metaphor might be a pair of binary stars orbiting a common center of gravity, or perhaps the double helix, whose two strands encircle each other, or — to return to medicine's roots — the caduceus, whose two serpents intertwine forever."

¹⁴ Association française de chirurgie ambulatoire

¹⁵ « Au centre de la Chirurgie Ambulatoire il y a l'organisation, et au centre de l'organisation il y a le patient.

Les hospitaliers réagissent toujours à cette affirmation en disant : "mais Monsieur, chez nous aussi le patient est au centre de nos préoccupations !..." Heureusement !...

Mais je ne parle pas de préoccupations, je parle d'organisation.

Au centre de l'organisation, dans l'hôpital, il y a le médecin. "Vous avez de la chance, vous êtes malades, vous êtes dans un lit, vous ne devez pas travailler. Nous, nous travaillons. En conséquence, nous vous appelons, dix minutes pour une radio, quand nous avons le temps et vous retournez des heures dans votre lit, dix minutes pour une prise de sang et vous retournez des heures dans votre lit, une heure en salle d'opération et vous retournez des heures ou des jours dans votre lit..." »

Claude De Lathouwer - Président de l'IAAS - Table ronde du Congrès National de chirurgie ambulatoire de Limoges (7 & 8 juin 1996) - AFCA 96 - p. 356

¹⁶ Jean de KERVASDOUE - *L'hôpital vu d'en bas* - Le Monde du 28 novembre 2003 - Horizons Témoignage - p. 16, repris dans *L'hôpital vu du lit* - Seuil - octobre 2004

¹⁷ Plan Cancer 2009-2013 - 4^e rapport d'étape au Président de la République (Décembre 2011) qui présente "*l'état des lieux de la mise en œuvre du Plan Cancer 2009-2013 à la fin 2011*" Cf. mail UNHPC 12/123 du mardi 28 février 2012

¹⁸ Début de la "*Synthèse de l'état d'avancement du Plan Cancer au 31 décembre 2011*", p. 7

¹⁹ Institut national du cancer

²⁰ Extraits concernant l'anatomie et cytologie pathologiques :

p. 21 : "*Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer. L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS, pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux : l'avis de la HAS a été rendu en septembre 2011. Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en*

place début 2011 par le ministère de la Santé (DGOS), afin d'établir un état des lieux de l'ACP exposant les difficultés de la spécialité et fournir des préconisations et des propositions d'actions pouvant répondre aux différentes problématiques identifiées ; son rapport est attendu au cours du premier trimestre 2012."

p. 24 : "L'InVS et INCa participent à la réflexion sur la transmission des données ACP à des fins de santé publique et de recherche dans le cadre d'un groupe de travail sur la profession des pathologistes piloté par la DGOS, dont les conclusions sont attendues au cours du premier trimestre 2012 (cf. 1.4)".

p. 98 : "Commentaire Global sur la mesure 20 :

Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en place début 2011 par le Ministère de la santé, afin d'établir un état des lieux de l'ACP exposant les difficultés de la spécialité et fournir des préconisations et des propositions d'actions pouvant répondre aux différentes problématiques identifiées (rapport attendu pour le 1er trim. 2012). 20.1- L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS (avis HAS rendu en sept. 2011), pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux. L'ordonnance relative à la biologie médicale a permis la reconnaissance des techniciens de laboratoire comme des personnels paramédicaux, ouvrant ainsi la voie à une spécialisation et à une revalorisation de ce métier.

20.2 - Un soutien particulier a été apporté au développement des tumorothèques sanitaires, pour assurer les examens moléculaires nécessaires aux thérapies ciblées (cf.action 21.2). Pour en développer l'accès, l'INCa vient d'actualiser les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros.

20.3 - Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf.indicateurs)."

²¹ Anatomie et cytologie pathologiques

²² Direction générale de l'offre de soins

²³ Classification commune des actes médicaux

²⁴ Dossier communiquant de cancérologie

²⁵ Agence des systèmes d'information de santé partagés

²⁶ Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques

²⁷ Conseil national professionnel des pathologistes

²⁸ Haute autorité de santé

²⁹ Cf. mail UNHPC 11/238 du lundi 18-4-2011

³⁰ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux : Inter Diag Médicaments, "un outil pluridisciplinaire pour l'auto-évaluation et la gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse au niveau de l'unité de soins".

Cf. mail UNHPC 12/27 du vendredi 13 janvier 2012

³¹ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

³² Guide "Qualité de la prise en charge médicamenteuse - outils pour les établissements de santé"

Cf. mail UNHPC 12/109 du lundi 20 février 2012

³³ Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé .

Cf mail UNHPC du UNHPC 12/137 du jeudi 1er mars 2012

³⁴ Bureau d'assurance qualité et de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée

Tabac - Evènements indésirables - Allemagne - Euthanasie

**Comment
réagirions-nous si
une "crise sanitaire"
était responsable d'une mortalité
comparable à celle liée au tabac ?**

Date de parution : lundi 12 mars 2012

Mots types : Y. Bur - Tabac - Institut Thomas More - Allemagne - Benchmarking - Euthanasie - ADMD - Evénements indésirables - DREES

Cette semaine, l'actualité nous amène à relever surtout des rapports importants. Ils concernent des sujets bien différents : la lutte contre le tabagisme, une comparaison des grands indicateurs économiques concernant les systèmes de santé français et allemands et la manière de prendre en charge et d'évaluer les événements indésirables. Nous évoquerons aussi très rapidement la campagne de communication lancée par l'ADMD¹ de façon volontairement provocante pour pousser à la légalisation de l'euthanasie.

Tabac

En général nous arrivons à diffuser très rapidement les rapports et les études qui comptent dans la lutte contre le cancer. Cela n'a pas été tout à fait le cas pour le **Rapport d'Yves Bur**² et les deux **Avis récents du Haut Conseil de la Santé Publique**³ qui viennent de sortir sur le thème de la **lutte contre le tabac**. Nous avons certes alerté nos adhérents, mais nous ne diffuserons ces trois documents qu'aujourd'hui. Cela est sans doute significatif du fait que nous sommes si habitués au tabac que nous finissons par manquer d'attention et de réflexes. Quoi de plus important en effet que la prévention pour éviter de très nombreux cancers et en particulier l'un des plus tueurs d'entre eux, celui qui touche les poumons ? Ces trois documents se complètent. Le premier avis du HCSP laisse d'abord place à l'analyse et développe ensuite toute une série de propositions. Celui qui vient de paraître se consacre à l'une des propositions : l'augmentation des taxes sur le tabac. Le HCSP, comme Y. Bur, préconisent un interlocuteur unique et donc la création d'une instance responsable de la question du tabagisme en France. On peut dire que les "avis" du HCSP sont des avis de spécialistes et que le rapport d'Y. Bur marque l'intérêt des po-

litiques sur cette question. Laissons donc la parole à Yves Bur, car son rapport est, de ce point de vue, plus important et, il faut l'espérer, fondateur.

*"Un constat dramatique en France : Les rapports, recommandations ou manifestes se succèdent et se multiplient, et il s'agit toujours de la consommation d'un produit anormalement considéré comme licite, qui entraîne la mort de 60 000 personnes par an en France, engendrant des coûts sanitaires, sociaux et économiques désastreux. On constate chaque année, quelquefois plusieurs fois par an, qu'un moindre risque sanitaire en termes de mortalité mobilise pratiquement en temps réel l'ensemble d'un système de « crise sanitaire », avec les retombées médiatiques qui en découlent. Comment réagirions-nous si une de ces crises était responsable d'une mortalité comparable à celle liée au tabac ? Imaginons un drame sanitaire médiatisé entraînant la mort de l'ordre de 500 malades sur une durée de 30 ans, comparé au silence sur les 60 000 morts dus au tabac par an, soit sur cette même période de 30 ans, 1,8 million de morts."*⁴ Bonne question en effet...

Or Y. Bur fait les constats suivants :

- *"après une politique de décroissance de la consommation de tabac pendant une période de 20 ans, les indicateurs de prévalence sont à la hausse avec plus de 2 points d'augmentation entre 2005 et 2010, soit plus de 29 % de la population ;*
- *une prévalence chez les jeunes toujours très préoccupante : chez les 15-19 ans, 26,6 % pour les garçons et 20,7 % pour les filles et respectivement 42,8 % et 39 % chez les 20-25 ans ;*⁵
- *un coût social du tabac estimé à 47 milliards d'euros par an soit plus de 3 % de notre PIB dont 18 milliards d'euros sur les seules dépenses de santé ;*
- *des recettes fiscales de 11 milliards qui ne couvrent pas, loin s'en faut, le coût de l'assurance-maladie des effets du tabac avec un déficit comptes publics de l'ordre de 7 milliards d'euros chaque année ;*
- *des crises sanitaires ayant un impact plus faible en terme de mortalité et/ou de morbidité mobilisent plus média et politiques que le tabac qui entraînent la mort de plus de 60 000 personnes par an ;*
- *le tabac principal facteur de risques des maladies chroniques ou non transmissibles, (cardiopathies, cancers, maladies respiratoires, diabète...) ;*
- *des moyens, en France, dérisoires consacrés au contrôle du tabac, estimé entre 0,06 et 0,08 euro par an et par habitant."*
- *pourtant la France a ratifié en 2004 la Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS, dont la mise en œuvre, peu coûteuse au regard des enjeux et des profits de l'industrie du tabac, doit permettre d'éviter une grande partie de ces maladies ;*⁶

Yves Bur énonce donc 10 recommandations :

- 1 - Mettre en place une structure interministérielle spécifique pour la lutte contre le tabac.
- 2 - Instaurer une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants et affecter une partie des recettes fiscales générées au financement de la prévention et de la prise en charge de la dépendance.
- 3 - Fixer des objectifs de hausses efficaces des prix, les motiver uniquement par des considérations de santé publique, avec pour but une division par deux de la prévalence du tabagisme à l'horizon 2025.
- 4 - Mettre fin aux activités de l'industrie du tabac décrites comme « socialement responsables » et arrêter tout partenariat ou collaboration avec l'industrie du tabac.
- 5 - Mobiliser toute la société par une campagne type « grande cause nationale » sur le thème de la sortie du tabac. Imposer un paquet neutre standardisé.
- 6 - Faire appliquer et renforcer le cadre réglementaire pour protéger notamment les enfants et les jeunes.
- 7 - Prendre en charge tous les fumeurs qui souhaitent s'arrêter avec la gratuité pour les populations prioritaires et vulnérables ; aider tous les fumeurs qui le souhaitent à s'arrêter le plus rapidement possible.
- 8 - Développer la recherche.
- 9 - Réengager la France au plan européen et international.
- 10 - Revoir le statut des buralistes, pour ne plus lier leur rémunération au volume de ventes de tabac.

"Ce serait vraiment à l'honneur des candidats à la présidentielle de dire clairement qu'ils feront de la lutte contre le tabagisme le chantier présidentiel en termes de santé", déclare Yves Bur au Quotidien du Médecin⁷. Oui... Vraiment !

Il faut faire connaître le rapport Bur, en saisir nos "politiques". C'est, au sens propre, faire œuvre de santé. 60.000 morts par an⁸ !...

Et il y a aussi l'alcool. A quand un rapport aussi incisif sur l'alcool ?

Et il y a aussi l'obésité, ce nouveau fléau qui s'étend. Il faut donc signaler ici l'important rapport des Nations Unies présenté, mardi 6 mars, à Genève, au Conseil des droits de l'homme des Nations unies par Olivier De Schutter, rapporteur spécial⁹. Il concerne surtout nos systèmes agroalimentaires. L'expert rappelle entre autres cette évidence *"Toute société dans laquelle un régime alimentaire sain coûte plus cher qu'un régime déséquilibré est une société dont le système de prix doit être réformé"*. Mais les conséquences sont là et elles impactent directement nos systèmes de santé et l'avenir de nos établissements.

Cette semaine, ici, il fallait surtout s'arrêter sur le tabac.

France - Allemagne

L'Institut Thomas More¹⁰ propose cette semaine une note de benchmarking dénommée "**Santé : analyse comparative de la dépense publique en France et en Allemagne**"¹¹. La presse l'a reprise comme étant un scoop. Rien de tel, mais un tableau de comparaisons entre la France et l'Allemagne représentant 54 indicateurs différents issus de bonnes sources (Eurostat - OCDE et OMS et lorsque le recours aux statistiques nationales était nécessaire INSEE et Destatis, IRDES et The Commonwealth Fund). Cette note est courte et vaut surtout par son tableau de chiffres. L'analyse qui suit fait ressortir 7 points. Ils sont présentés par les auteurs de façon plus complète dans le "Libre opinion" paru dans La Tribune¹² que dans la note elle-même. En voici les têtes de paragraphe :

1. Si la France ramenait sa dépense publique de santé par habitant au niveau allemand, cela représenterait une économie de 7,2 milliards d'euros par an.
2. Avec des revenus inférieurs de 38,5 % à l'Allemagne en moyenne, ce n'est pas la rémunération des médecins français qui coûte cher.
3. Dépenses hospitalières : une économie potentielle de 26,4 milliards d'euros.
4. Sur les coûts administratifs de gestion de la santé, il y a 4 milliards d'économies possibles.
5. Sur les dépenses de médicaments, 1,1 milliard d'économies à faire chaque année.
6. Si elle alignait le montant de ses remboursements sur celui de l'Allemagne, l'assurance-maladie pourrait économiser 14,3 milliards d'euros par an.
7. Conclusion : pour un système de santé moins coûteux, plus confiant et plus libre

*"Au regard de cette comparaison avec l'Allemagne, le système de santé français produit des surcoûts considérables – qui ne sont pas justifiables par une meilleure performance. L'enjeu principal de la réforme du système de santé qui s'impose sera de maintenir un accès équitable aux soins tout en réduisant drastiquement les coûts."*¹³

*"L'enjeu compliqué qui est devant nous sera donc de trouver la bonne combinaison entre maîtrise de la dépense structurelle, baisse des coûts de structure et maintien de la bonne qualité des soins dont les Français bénéficient aujourd'hui... pour qu'ils puissent encore en profiter demain."*¹⁴

On peut discuter tel ou tel passage, on peut regretter quelques éléments manquants ou quelques commentaires complémentaires, mais les chiffres sont là. Le tableau est utile par la synthèse qu'il fournit.

Pourtant, face à cette note on est tenté de rester très prudents. Si une pareille note circulait à l'UMP ou au Parti Socialiste, on se réjouirait, on compléterait, on prendrait part au débat. D'où vient donc ce réflexe de prudence peut-être bien inutile ? De la "loi" dégagée dans les années cinquante par l'américain

Herbert Marshall McLuhan selon laquelle "*Le message, c'est le médium*". Certes, il parlait de la télévision. Il n'empêche, sur un terrain où les réflexes sont souvent idéologiques, le fait que ces quelques chiffres, par ailleurs bien utiles à connaître, soient rassemblés et publiés par un "think tank d'opinion" se disant lui-même "libéral" est un risque. On imagine déjà les amalgames... Dommage. Mais, comme le disait un autre homme célèbre, Vladimir Ilitch Oulianov - Lénine - "*les faits sont têtus...*"

Euthanasie

L'**Association pour le droit de mourir dans la dignité** met en scène trois candidats à l'élection présidentielle, Nicolas Sarkozy, Marine Le Pen et François Bayrou, dans une campagne de communication lancée mercredi. Il s'agit de trois photomontages les présentant perfusés et appareillés, sur un lit d'hôpital, avec la mention : "*Doit-on vous mettre dans une telle position pour faire évoluer la vôtre sur l'euthanasie ?*"

L'AMD revendique le droit à la provocation. On n'est pas sûr que cette campagne atteigne directement son but. Beaucoup se diront en effet que c'est justement dans "*cette position*" qu'on a le plus envie d'avoir confiance dans son équipe soignante et qu'on souhaite ardemment des soins compétents et attentionnés qui respectent la déontologie. Mais la culture de mort que véhicule ce genre de campagne fait certainement des dégâts quand même.

Il serait bon de reprendre publiquement ce terme de "dignité" pour lui redonner son sens, rappeler ses exigences et souligner l'attention, le travail, les compétences que ce droit à la dignité exige de nos équipes. La dignité qu'on se donne se lit dans le regard et la présence de l'autre. Elle se reçoit de l'attention de l'autre. Elle n'est pas donnée dans un geste de mort qui ne ferait que constater, justement, qu'on n'est pas digne de vivre.

D'où l'importance de revenir aux faits avec le rapport 2011 de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) : "*Fin de vie : un premier état des lieux*"¹⁵. D'où l'importance des témoignages concrets qui nous sont proposés en ce moment en librairie par ceux qui vivent au quotidien la prise en charge de ceux qui se trouvent "*dans une telle position*".

Nous avons signalé ici les très beaux récits de Claire Fourcade¹⁶.

Nous présenterons dans un prochain mail le livre important, plein d'humilité mais très documenté de Louis Puybasset "*Euthanasie, le débat tronqué*"¹⁷.

Signalons enfin le livre plus "militant" de Tugdual Derville (mais l'AMD ne l'est-elle pas ?) "*La bataille de l'euthanasie - Enquête sur les 7 affaires qui ont bouleversé la France*". Il revient justement sur 7 des "affaires" qui ont défrayé la chronique pour servir de point d'appui pour les campagnes de l'AMD et les documente une par une¹⁸.

Nous reviendrons certainement aussi dans la prochaine chronique sur l'importante somme (70 auteurs) coordonnée par Emmanuel Hirsch et qui va paraître dans quelques jours sous le titre "*Fins de vie, éthique et société*" aux éditions Erès.

Événements indésirables

Signalons pour finir deux remarquables rapports (décidément la semaine fut féconde !) sur les événements indésirables. Tous les deux sont publiés par la DREES.

Le premier a pour titre : "***Revue de la littérature internationale sur l'évaluation économique des politiques de réduction des événements indésirables***"¹⁹.

"L'objectif de ce rapport a été de poser les bases méthodologiques pour une évaluation économique de la politique de réduction des EIG en France."

"Notre revue montre un manque d'évaluations économiques dans le domaine de la sécurité des patients. Quelques orientations méthodologiques pour la construction d'un protocole français peuvent néanmoins en être tirées."²⁰

Le second a pour titre "***Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires Étude EvolEneis-Socio***"²¹.

La conclusion relève entre autres que : "L'intérêt pour les EIG est encore émergent dans le champ de l'administration de la santé comme des professionnels de santé."

Puis que "Les experts interrogés, dans leur ensemble, attirent l'attention sur le danger constitué par la confusion entre objectifs épidémiologiques, pédagogiques ou politiques de dispositifs construits initialement pour répondre à des problématiques précises. Dans ces dispositifs, la construction de données prend une place importante, ce qui, selon ces mêmes personnes, soulève la question des usages de ces données qui nécessitent de repenser leur méthodologie et leur recueil."²²

Il est précisé que ces publications n'engagent que leurs auteurs. Il faut néanmoins remercier la DREES et les auteurs de les avoir menées à bien, on y trouve en effet une liberté d'investigation et d'expression qui n'est pas si courante dans nos rapports "officiels". Au total, ces deux rapports sont d'une rare qualité et nous seront bien utiles pour progresser sur ces sujets importants.

¹ Association pour le droit de mourir dans la dignité

² Yves Bur - *Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac* - Rapport au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Février 2012 - Remis le 2 mars 2012 à Xa-

- vier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, et à Nora BERRA, secrétaire d'Etat chargée de la Santé. 57 pages
<http://www.sante.gouv.fr/remise-du-rapport-de-yves-bur.html>
"Je sais pouvoir compter sur des propositions volontaristes, innovantes et prenant en compte les expériences étrangères réussies, les preuves scientifiques et les lignes directrices établies par la Conférence des Parties de la CCLAT. C'est à ces seules conditions que nous pourrions mettre un terme à ce fléau social." écrivait Xavier Bertrand dans sa lettre de mission datée du 7 septembre 2011.
- ³ Haut Conseil de la santé publique - Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France 25 janvier 2012 - 10 pages
"Par cet avis et pour faire suite à l'avis déjà formulé le 22 septembre 2010, le Haut Conseil de la santé publique souhaite souligner l'importance et préciser la mise en œuvre de l'un des outils les plus efficaces pour lutter contre le tabagisme, à savoir la taxation des produits du tabac."
 Haut Conseil de la santé publique - Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme - 22 septembre 2010 - 9 pages
"Par cet avis, le Haut Conseil de la santé publique souhaite rappeler l'importance d'une action soutenue et réactualisée en matière de lutte contre le tabagisme, actif et passif."
 Cf. : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&cleftdomaine=5&menu=09>
- ⁴ Rapport Y. Bur p. 12
- ⁵ Quelques données plus récentes viennent d'être publiées. Toutes ne sont pas mauvaises, mais elles n'infirmen en rien les constats d'Yves Bur. *"Aujourd'hui, les adolescents ont en moyenne six mois de plus lors de leur première cigarette que leurs homologues de 2008 (14,1 ans contre 13,6 ans) constate l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). [...]*
Le passage au tabagisme quotidien se fait de plus en plus tard (15 ans en 2011 contre 14,8 ans en 2008 et 14,5 ans en 2002). A 17 ans, l'alcool, le tabac et le cannabis demeurent dans l'ordre les drogues les plus consommées, mais la part des adolescents n'ayant expérimenté aucun de ces produits augmente (6,6 % en 2011 contre 5,1 %). Pour la première fois, l'expérimentation et les usages occasionnels de tabac deviennent plus prégnants chez les filles (69,9 % et 11,5 % contre 66,9 % et 9,6 % chez les garçons). Bien que le niveau de tabagisme quotidien progresse entre 2008 (28,9 %) et 2011 (31,5 %), aussi bien chez les garçons que chez les filles, il reste toutefois encore inférieur à celui de 2005 (33 %)."
 D. B. - *L'âge de la première cigarette recule* - lequotidiendumedecin.fr - 09/03/2012
- ⁶ Début du chapitre : *Résumé et synthèse des propositions - Un premier pas vers la sortie du tabac* - p. 5
- ⁷ David Bilhaut - Le nouveau plan de bataille d'Yves Bur - Dix axes d'action pour sortir la France du tabac - Le Quotidien du Médecin du 06/03/2012
- ⁸ *"Selon l'OMS et la Banque mondiale, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans le monde. Il a été la cause de 100 millions de décès prématurés au XXe siècle et pourrait entraîner la mort d'un milliard d'hommes et de femmes au XXIe si rien n'est fait."*
 HCSP - Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme - 22 septembre 2010 - p. 1
 Le même rapport précise, entre autres, que : *"Selon les estimations déjà anciennes reposant sur les données de mortalité 1999, le tabagisme est responsable de 66 000 décès chaque année en France, la moitié de ces décès survenant avant 69 ans. La mortalité attribuée se répartit approximativement en 48 % de cancers, 20 % de maladies cardiovasculaires, 19 % de maladies respiratoires et 13 % pour les autres causes."* (p. 2) Il rappelle ensuite qu'*"en sus des décès qui lui sont directement liés, le tabagisme est responsable de l'aggravation de nombreuses maladies chroniques"* et cite aussi les effets sur la femme enceinte, les enfants à naître, les 3.000 décès annuels estimés du tabagisme passif...
 Les rapports de l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) sont disponibles sur : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc12.html>

- Le dernier paru (Drogues, Chiffres clés - 4ème édition - janvier 2012) précise, lui, que sur les 60.000 morts estimés, "En 2006, le nombre de décès par cancers attribuables au tabac est estimé à 36.990 dont 22.645 par cancer du poumon".
- ⁹ Le rapport complet d'Olivier De Schutter - Rapporteur Spécial des Nations Unies pour le Droit à l'Alimentation - peut se télécharger sur la page "Cinq façons de s'attaquer aux régimes alimentaires désastreux" : <http://www.srfood.org/index.php/fr/component/content/article/1-latest-news/2054-five-ways-to-tackle-disastrous-diets-un-food-expert>
La presse de cette semaine s'en fait l'écho. Cf. par exemple :
"Alors qu'un milliard d'humains ne mangent pas à leur faim, ils sont autant dans le monde à souffrir de surcharge pondérale. Les maladies non transmissibles (diabète, affections coronariennes et cardio-vasculaires) favorisées par ce régime alimentaire explosent, notamment parmi les moins développés des pays à revenus intermédiaires, pesant lourdement sur les dépenses de santé." Gilles van Kote - *Le réquisitoire des Nations unies contre la "malbouffe"* - Le Monde du 8 mars 2012
Ou : "Dans le monde, au moins 300 millions de personnes sont obèses et plus d'un milliard sont en surcharge pondérale. Soit une personne sur cinq sur la planète, plus que le nombre de celles qui souffrent de la faim. Avec des conséquences dramatiques : 2,8 millions de décès par an et une espérance de vie en déclin. Le problème n'est pas l'apanage des pays riches : les pays en développement sont aussi de plus en plus touchés." Éliane Patriarca - *L'obésité déclarée fléau mondial par l'ONU* - Libération du 08.03.2012
- ¹⁰ Fondé en 2004, l'Institut Thomas More est "un think tank d'opinion, européen et indépendant basé à Bruxelles et Paris".
Cf. : <http://www.institut-thomas-more.org/fr/accueil.html>
- ¹¹ Institut Thomas More - *Santé : analyse comparative de la dépense publique en France et en Allemagne* - Note de Benchmarking N°10 - Mars 2012 - Note réalisée par Jakob Höber, rapporteur Comparaison France-Allemagne au sein du programme 2012 : changeons de modèle, et Caroline Popovici, chargée de mission Finances publiques. 10 pages
Téléchargeable sur : <http://www.institut-thomas-more.org/fr/accueil.html>
- ¹² Jakob Höber et Caroline popovici, Institut Thomas More - *Opinion : Dépenses de santé : Et si la France prenait exemple sur l'Allemagne ?* La Tribune du 05/03/2012
- ¹³ p. 10
- ¹⁴ p. 4
- ¹⁵ Cf. mail UNHPC 11/99 du jeudi 16 février 2012
- ¹⁶ Claire Fourcade - *1001 vies en soins palliatifs* - Bayard 2012 - 238 pages
Cf. mail UNHPC 12/112 du mercredi 22 février 2012
- ¹⁷ Louis Puybasset, Marine Lamoureux - *Euthanasie, le débat tronqué* - Calmann-Lévy (15 février 2012) - ISBN-10: 2702142869 - 208 pages
- ¹⁸ Tugdual Derville - *La bataille de l'euthanasie - Enquête sur les 7 affaires qui ont bouleversé la France* - Salvator - Février 2012 - 240 pages - ISBN 2706708921
Tugdual Derville reprend une par une les "affaires" Christine Malèvre, Vincent Humbert, des deux soignantes de Saint-Astier, Maïa Simon, Chantal Sébire, Lydie Debaine et Hervé Pierra.
- ¹⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - Série Etudes et Recherche - Document de travail - *Revue de la littérature internationale sur l'évaluation économique des politiques de réduction des événements indésirables* - Rapport final Alves de Rezende B, Or Z., Com-Ruelle L., Michel P. - n° 116 - mars 2012 - Cf mail UNHPC 12/154 du mercredi 8 février 2012
- ²⁰ Résumé p. 5
- ²¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - Série Etudes et Recherche - Document de travail - *Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires Étude EvolEneis-Socio* - Alexandra Nacu n° 117 - mars 2012 - Cf mail UNHPC 12/154 du mercredi 8 février 2012
- ²² p. 55

Avancées et reculs sur d'importants dossiers

***Une voix autorisée demande la
protection juridique des déclarants
d'événements indésirables.
En France...
Enfin !***

Date de parution : lundi 19 mars 2012

Mots types : Académie de médecine - Déclaration - Événement indésirable - DREES - Productivité - Agrégats nationaux - Oncologie pédiatrique - Primo prescription - Campagne tarifaire - Chirurgie ambulatoire - Politique incitative

Pour prendre une métaphore maritime, il y a eu cette semaine d'heureuses risées, du type de celles qui font avancer le bateau quand tout est calme - une recommandation de l'Académie de médecine et une étude publiée par la DREES. Mais il y a eu aussi un gros nuage qui se grossit à l'horizon, gros nuage annonciateur d'une dégradation de la qualité des soins en oncologie, une fois de plus. Nous évoquerons aussi la réalité des annonces concernant la politique incitative à la chirurgie ambulatoire au travers de la campagne tarifaire...

Événement indésirable et protection des déclarants

L'**Académie Nationale de Médecine** vient de publier un avis d'une extrême importance concernant la **protection juridique des professionnels qui déclarent un événement indésirable**.¹

Rappelons que, selon son texte fondateur, l'Ordonnance de 1820, article 2 : "*Cette Académie sera spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique...*" C'est donc le rôle de l'Académie de donner des "avis" et des "recommandations".

Par ailleurs, dans le cadre de ses fonctions, l'UNHPC a toujours œuvré pour le développement d'un environnement propice aux déclarations d'événements relevant des vigilances au sens large. Nos interventions et nos propositions en ce sens ne se comptent plus. En particulier, instruits par les exemples anglo-saxons², nous avons toujours souligné qu'il y avait un réel problème, une réelle exigence de protection des déclarants. Même si l'expérience montre que même avec des déclarants protégés, les déclarations restent trop peu nombreu-

ses, le taux de déclaration augmente et surtout l'impact sur les pratiques est assez considérable. La gestion rigoureuse des déclarations est un des leviers fondamentaux de l'amélioration de nos pratiques comme de nos organisations, médicaments ou de nos dispositifs médicaux. Mais, avouons-le, nous étions bien seuls à défendre l'organisation juridique de la protection des déclarants et l'officialisation d'organisations spécifiques formalisant et conditionnant ces déclarations protégées. Le monde juridique anglo-saxon est tellement loin de notre monde de droit romain, et, quoi qu'on en dise, la culture de la faute et la tradition de soumission qui dominent chez nous font que nous apparaissions comme de doux rêveurs. Le seul fait de souligner cette exigence d'un système de protection montrait que nous étions des marginaux peu sérieux.

Eh bien, nous sommes beaucoup moins seuls depuis cette semaine ! A l'avenir, ce n'est plus l'UNHPC qui s'exprimera sur ses positions un peu trop solitaires, mais l'UNHPC rappellera à temps et à contre temps la recommandation de l'Académie.

Citons le "résumé" en son entier. Tout est dit :

"Le signalement des événements indésirables (EI) en médecine et l'exploitation de l'erreur sont à la base de la gestion des risques dans les établissements de soins : c'est une exigence du développement de la culture qualité-sécurité.

Ils rendent nécessaire le recours à un double anonymat : celui de qui signale et celui du dossier médical qui peut être impliqué dans le signalement.

Cette exigence se heurte au dogme de la transparence édictée par les lois et règlements qui traitent des droits des patients. Il en résulte une sous-déclaration massive des EI mondialement reconnue et dont les conséquences sont multiples. Faute d'une protection juridique, le caractère obligatoire réglementaire du signalement des EI est ressenti comme une délation ou un aveu de faute et fait craindre des sanctions pouvant aller jusqu'à la judiciarisation.

Une telle protection existe en France dans le droit du travail, dans le code de commerce et dans le code de l'aviation civile. Elle existe en santé publique aux Etats-Unis, au Danemark et en Australie.

L'Académie nationale de médecine recommande qu'un texte, inclus dans le code de la santé publique, mette fin, dans des conditions strictes, à ce contexte d'insécurité juridique nuisible à un bon développement de la politique de qualité-sécurité dans les soins donnés aux patients en France."

En conséquence l'Académie exprime un souhait :

"Elle souhaite, qu'à l'instar de ce qui existe en France dans les codes du travail, de commerce et de l'aviation civile, et dans certains Etats de droit dans le monde pour la médecine, qu'un texte législatif, inséré dans le code de la santé publique, assure la protection juridique des professionnels de santé qui s'engagent de bonne foi dans la démarche du signalement des événements in-

désirables à laquelle ils sont par ailleurs tenus par les textes réglementaires et ce, dans le respect des droits des malades.

Elle souligne qu'en aucun cas sa démarche ne saurait être interprétée comme une déresponsabilisation de l'acteur de soins.

Elle recommande que :

*« Toute personne, impliquée ou non, qui, de par sa fonction, informe de la survenue d'un événement indésirable dans le déroulement et les conditions des soins donnés à un patient, événement qu'elle signale spontanément et sans délais à l'organisme permanent chargé de le recueillir, conformément aux obligations des textes en vigueur, **ne puisse faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ou mise en cause juridictionnelle du fait de ce signalement, hormis les cas de manquement délibéré ou répété de sa part aux règles de sécurité ou bien de dénonciation sans fondement animée par la seule intention de nuire** ».³*

Il y aura donc un avant et un après l'Académie sur ce dossier fondamental.

Bien sûr on peut s'étonner que l'Académie passe à côté de l'extraordinaire expérience de la NCEPOD⁴ anglaise qui date pourtant de 1988 ! Bien sûr on peut regretter qu'il ne soit pas fait mention de la problématique développée au parlement anglais lors du vote de leur réglementation protectrice : les décès postopératoires ont cessé de décroître. On n'arrive pas à savoir pourquoi. Approfondir les études de cas pour progresser nécessite de rassurer les professionnels sur les conséquences éventuelles. Il y a donc conflit d'intérêt entre ceux de la société représenté par la police et la justice d'une part, ceux de la société qui a besoin de connaître mieux les causes afin de relancer les progrès dans la sécurité au sein de blocs opératoires. L'intérêt général penche plutôt dans le sens d'une protection des professionnels qui collabore aux enquêtes nécessaires à une meilleure maîtrise du risque ; en conséquence, les professionnels qui procèdent à une analyse collective des faits et respectent la procédure de participation à la NCEPOD sont protégés de toute investigation de la police et de la justice, hors, bien sûr, délit intentionnel. Même si le contexte de droit romain qui est le nôtre le rend plus difficile, il faudra bien que cette problématique parvienne aussi à être débattue au Parlement français.

Bien sûr on peut trouver assez éloignée la référence au code du travail qui ne concerne ni la police ni la justice.

Bien sûr on aurait aimé d'autres précisions, quelques rappels de ce qui fait le fondement de cette position.

Mais par contre on relève le nom de Pierre Sargos dans la liste des participants au groupe de travail. C'est le premier Président qui a conçu et mis dans notre jurisprudence la notion extraordinaire de l'homme propre, sans germe, à l'entrée du bloc opératoire. Une prouesse qui montrait l'urgente nécessité de mieux faire connaître nos métiers aux magistrats. A l'inverse, la présence du Président Sargos dans ce groupe montre que les choses changent. Surtout, elle

donne du poids et de la crédibilité à la rédaction juridique de cette recommandation.

Au total, les choses sont dites et bien dites. Il faut donc s'emparer de ce texte. Il viendra conforter l'approche des législations anglaises et américaines qui sont les plus élaborées et que nous avons souvent développées ici même comme dans les réunions de travail à la DGOS⁵, à l'INCa⁶, à l'ASN⁷, à l'AFSSAPS⁸...

La seule solution que nous avons jusqu'à maintenant c'était la constitution de bases de données professionnelles garantissant l'anonymisation. Ce n'était pas une garantie, mais c'était une démarche crédible. C'est la SFRO⁹ qui est allée la plus loin dans ce sens lorsque, sous la pression résultant d'Epinal, et devant la difficulté de l'ASN à comprendre les spécificités de nos métiers, elle avait solennellement décidé la constitution d'une telle base de données en radiothérapie lors de son Congrès de 2008. Nous avons très fortement participé à l'élaboration de ce projet de "guichet unique" avec le SNRO. Hélas, les prudenances individuelles et la culture de dépendance ont fait que cet engagement n'a jamais été mis en œuvre. Il en reste une petite trace utile bien que très partielle et très édulcorée dans le "*Portail de déclaration des événements significatifs de radioprotection et des incidents de matériovigilance en radiothérapie*" ASN et AFSSAPS.¹⁰

En oncologie, notre proposition d'une base professionnelle constituée à partir de CTCAE¹¹ n'a jamais vraiment pris.

L'Académie relance la perspective d'un aménagement législatif.

L'Académie ouvre une brèche.

Il faut s'y engouffrer. Notre pays peut combler son retard. La protection des professionnels est une condition nécessaire, même si on sait qu'elle n'est pas suffisante. Mais elle constitue un préalable indispensable. Merci à l'Académie de l'avoir rappelé à nos Tutelles. L'Académie nous rend à tous un fier service. A quand un groupe de travail qui, à partir de la proposition de l'Académie et en s'inspirant des exemples anglo-saxons¹² (la formalisation des procédures est aussi importante que la protection *stricto sensu*), peaufinerait l'écriture d'un ou des textes juridiques protecteurs à insérer dans un ou plusieurs de nos codes ? A quand une initiative auprès du prochain Ministre, auprès des parlementaires ?

Productivité ?

La DREES a fait paraître cette semaine un "*Document de travail*" sous le titre : "***Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé***"¹³. "*Cette étude n'engage que ses auteurs*" nous prévient-on. Signaux de prudence, donc.

En première page, dans la rubrique "*Remerciements*" il est indiqué que "*Cette note méthodologique doit beaucoup aux participants du groupe de travail*

« *Partage volume-prix à l'hôpital* » qui s'est tenu au cours de l'année 2010-2011."

Le lecteur doit être courageux et sera tenté d'abandonner devant ce qui apparaîtra à beaucoup comme un texte compliqué pour ne pas dire abscons. Complexité du sujet, prudences des éditeurs, prenons garde, pourtant, ce qui se joue là est potentiellement décisif. C'est ce que nous voudrions souligner ici.

De quoi s'agit-il ? "*Cette note a un double objectif. D'une part celui de préciser la méthodologie du partage volume-prix utilisée pour le secteur public hospitalier des Comptes de la santé [...] D'autre part d'explicitier les choix et les hypothèses qui sous-tendent l'exercice*".¹⁴

"*Pour la Comptabilité nationale, comme pour les Comptes de la santé qui en constituent un compte satellite, la décomposition de l'évolution en valeur de la Consommation de soins et biens médicaux, ou CSBM, en un effet prix et un effet volume est [...] fondamentale pour l'analyse économique des évolutions en cours dans le secteur de la santé.*"¹⁵ Il y a en fait deux méthodes : celle dite "méthode output", qui repose sur la mesure directe de l'activité ; celle dite « input », basée sur les facteurs de production et qui était utilisée jusqu'ici.

Jusqu'à maintenant en effet, la production des hôpitaux était calculée comme étant "*la somme des coûts des facteurs de production (coûts salariaux, consommations intermédiaires, consommation de capital fixe, impôts moins subventions à la production) que les établissements du secteur public hospitalier mettent en œuvre pour la produire*".¹⁶ Eurostat¹⁷ recommande de ne pas utiliser cette méthode si les données permettent une approche alternative basée sur les quantités. C'est ce que permet la méthode "output" qui consiste à calculer un indice de volume à partir de l'activité.

Or, depuis la T2A, la méthode « output » apparaît relativement facile à mettre en œuvre dans la mesure où, grâce à elle, il existe maintenant une grande partie de l'activité des hôpitaux pour laquelle on peut mesurer l'activité. Il ne manque que "*les enveloppes de financement globales (telles que les MIGAC - Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) [qui] ne peuvent pas être rattachées à des biens et services précis et individualisables dont on pourrait observer les quantités*"¹⁸...

Tout cela peut paraître bien savant et rébarbatif.

Alors, allons directement au but. Quel est l'enjeu ? :

"*La méthode « input » procède indirectement en s'appuyant sur les facteurs de production et non sur la production. Elle néglige donc les éventuels gains de productivité qui modifient la relation existant entre les facteurs de production et la production elle-même. En effet, la méthode « input », s'appliquant aux facteurs de production alors que la méthode « output » s'applique à la production elle-même, les deux méthodes n'aboutissent théoriquement au même partage volume-prix que sous l'hypothèse d'une évolution nulle de la productivité globale.*"

Nous insistons souvent ici sur le fait que la productivité est la clef de l'avenir de notre système hospitalier.

Il fallait absolument pouvoir mesurer ce que l'on produit. C'était l'enjeu du PMSI¹⁹.

Il fallait absolument être tous payés pour ce que l'on fait. C'était l'enjeu de la T2A²⁰.

Il faut maintenant absolument pouvoir mesurer l'évolution de notre productivité car, en période de crise et de contrainte économique, seule la productivité nous permettra de faire mieux, plus vite et moins cher. Nos établissements le vivent au quotidien avec plusieurs années sans aucune augmentation de prix... L'évaluation en termes de résultats paraîtra alors être une nécessité. Ce chantier-là doit lui aussi rester ouvert.

Mais restons sur nos agrégats économiques.

L'étude de la DREES vise à nous doter d'outils de mesure de l'évolution de la productivité dans le secteur hospitalier. Elle vient donc à point nommé.

Elle se termine par un chapitre consacré à la faisabilité de la méthode dite "output" aux cliniques privées. Il est intéressant de constater que les auteurs butent sur la non-intégration des honoraires. Ce sujet ressortira inévitablement.

En son temps l'UNHPC a amèrement regretté que, pour de sombres raisons politiques (rendre les tarifs difficilement comparables), l'arbitrage ait été fait d'exclure ces honoraires. A l'époque, l'UHP et la totalité des syndicats médicaux revendiquaient cette intégration. Comme ils avaient raison ! Il y a de grands risques que l'unanimité soit maintenant beaucoup plus difficile à trouver chez les syndicats médicaux comme dans les fédérations hospitalières. Pourtant les exigences de la période qui s'annonce rendront obligatoires les comparaisons "public - privé", et la mesure de la productivité des hôpitaux et des cliniques tout aussi nécessaire. Il faudra donc revenir sur cette question de l'intégration des honoraires dans les agrégats issus de la T2A.

L'étude donne aussi quelques premières approches sur les résultats des travaux qui ont été menés, en particulier sur ceux concernant les écarts entre les deux méthodes. On y voit apparaître une plus forte augmentation de la productivité dans les hôpitaux publics que dans les cliniques. Ces estimations sont influencées dans les hôpitaux par les améliorations du codage qui surévaluent probablement cette hausse de productivité. Il n'empêche, nous savons que l'hôpital se réveille. Ces estimations encore très approximatives valent pourtant avertissement au privé.

Mais ce qu'il faut surtout retenir c'est, qu'avec beaucoup de prudence, l'administration admet qu'en son sein quelques fonctionnaires courageux s'attaquent à ce sujet fondamental de l'évaluation de la production et de la productivité d'un "service non marchand", celui des hôpitaux publics, et n'oublie pas d'associer à leurs études le secteur des cliniques.

Il faut donc rendre hommage aux fonctionnaires courageux qui ont su s'attaquer à ce sujet, à leurs responsables clairvoyants qui, avec beaucoup de pré-

cautions, ont permis ce groupe de travail et cette publication. Tout est compliqué aujourd'hui. Lorsque, grâce à eux, les méthodes auront été clarifiées, elles nous paraîtront simples mais surtout aussi indispensables que les outils qu'elles auront permis de créer.

Oncologie médicale, encore

Dans notre introduction nous signalions un gros nuage sur notre paysage hospitalier. Il s'agit du "*projet de décret relatif à certaines techniques de fonctionnement applicables à l'activité du traitement du cancer*" tel qu'il a été présenté ce jeudi 15 mars au CNOSS. Le scandale était annoncé. Il s'agit des conditions de **primo prescription en cancérologie pédiatrique**.

On se souvient du contexte. Tout d'abord on veut réserver la pratique de l'oncopédiatrie à des équipes spécialisées. Il n'y a rien là de choquant, le droit rejoint la pratique et le Plan Cancer prévoit "*une organisation des soins adaptée*" (mesure 37 du Plan Cancer 2003-2007). Mais, premier scandale en 2004, une circulaire²¹ précise que "*la reconnaissance d'une structure en tant que centre spécialisé en cancérologie pédiatrique implique qu'elle traite annuellement au moins 25 à 30 nouveaux enfants et adolescents*" ! Autrement dit un coup d'épée dans l'eau fait uniquement pour agréer quelques "amis". Comme nous le disions à l'époque, qui oserait confier son enfant à un centre qui ne prend en charge que 25 à 30 enfants, tous cancers confondus par an ? Défaillance de l'Etat.

Pour aller vite et revenir à l'actualité immédiate, il y a le navrant feuilleton des primoprescriptions pour les quelques spécialistes d'organe qui n'ont pas pu passer leur diplôme d'études spécialisées en oncologie. Selon l'article D. 6124-134 il s'agit d'une des conditions d'autorisation. C'est dans ce cadre qu'une mesure spécifique est prise par décret²². Dans le projet de décret soumis au CNOSS, pour qu'un pédiatre puisse pratiquer des primo-prescriptions sur des enfants ou des adolescents de moins de 18 ans dans les centres spécialisés en cancérologie pédiatrique, on n'exigera plus de DESC²³, il suffira d'avoir un DIU-OP²⁴.

Rien n'y fait. Le rouleau compresseur avance. A force de ne pas vouloir prendre en charge la question de l'oncologie médicale, on organise la déqualification. Cela se précise de plus en plus. On commence même à entendre dans des réunions au Ministère que les infirmières pourraient renouveler les prescriptions de chimiothérapies. On n'arrête pas le rouleau compresseur. A quand les chimiothérapies OTC²⁵ ? Quel scandale et quel gâchis !

Chirurgie ambulatoire, encore

Les **tarifs de la campagne tarifaire 2012** sont parus et cette semaine une réunion d'information a été tenue à la DGOS. Elle permet d'y voir plus clair. Ne nous étonnons plus de la date à laquelle elle se tient, les tarifs sont parus à l'heure ! "*L'hôpital n'est pas une entreprise*" il est donc habituel que les tarifs tombent le jour où ils doivent être appliqués et que les informations nécessaires arrivent avec 15 jours de retard !

Tout le monde connaissait l'orientation générale de la campagne : une année de vaches maigres de plus, la réintégration de molécules, particulièrement du Taxotère, sans prise en compte de l'effet DMI, une fois encore (que faire, nous sommes face à un mur ?), une nouvelle MIG (l'IDE coordinatrice en cancérologie, on en connaît toute l'ambiguïté), l'annonce d'un début de prise en charge des médecins libéraux dans le "forfait cancer" (attendons..., tout a été dit sur cette iniquité), un coup de matraque terrible sur la cardiologie (une baisse était attendue mais que recherche-t-on quand on tape à - 20 % ? Certes nous ne sommes pas dans des "entreprises", mais quand même !)...

Mais revenons sur la **chirurgie ambulatoire**. Sujet majeur. Depuis le "séminaire gouvernemental" de fin 2010, la DGOS résistait à la pression pour ne pas appliquer ce qui marche, le tarif identique. En réponse, "*la planification marchant mieux que l'incitatif tarifaire*", elle a multiplié les groupes de travail et multiplié ses demandes de guides et d'analyses auprès de multiples organismes, la HAS²⁶ et de l'ANAP²⁷ en particulier, en leur préconisant de ne pas travailler ensemble. Fort heureusement, HAS et ANAP se sont empressées de faire le contraire. On allait voir ce qu'on allait voir. Il fallait être patient et attendre la campagne tarifaire 2012 et la révision des décrets de 92 qui se ferait sans attendre la parution des décrets "autorisation"²⁸.

Donc, qu'en est-il concernant la campagne tarifaire ?

6 mesures nouvelles. Ce n'est pas rien.

- Mesure 1 : 12 nouveaux GHM²⁹ ont le même tarif en J et en niveau de complexité 1. On applique la méthode utilisée les années précédentes "*afin de garantir la lisibilité et la cohérence de la mesure par rapport aux incitations déjà réalisées*". Le "tarif unique"³⁰ correspondant à la moyenne des tarifs du J et du niveau de sévérité 1 en hospitalisation complète, pondérée par les taux de prise en charge observés dans le secteur où le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé.
- Mesure 2 : 18 GHM font l'objet de rapprochements tarifaires : on ne va pas vers le "tarif unique" entre le J et le niveau de sévérité 1 en hospitalisation complète, mais on "*rapproche*".
- Mesure 3 : incitation sur des GHM sans J pour développer les "*pratiques innovantes*" : suppression de la borne basse ce qui revalorise le tarif ambulatoire et baisse le tarif de niveau 1 en hospitalisation complète. 12 GHM sont concernés pour les ex-DG³¹ et 19 GHM pour les ex-OQN³².

- Mesure 4 : poursuite de la politique de revalorisation des tarifs ambulatoires initiée en 2011. Cela concerne l'intégralité des séjours classés en J. Ils bénéficient d'une revalorisation des tarifs ambulatoires lorsque l'écart observé entre les tarifs et les coûts ajustés est défavorable.
- Mesure 5 : la classification est adaptée avec la création de nouveaux J au sein de racines de chirurgie n'en comportant pas. Le critère est qu'il y ait notamment des effectifs suffisants, une pratique commune et stable dans le temps. Ah mais ! On ne change pas la culture de l'ATIH³³ comme ça ! Les "*innovations*" n'en sont que lorsque la pratique est commune, stable et concerne des effectifs suffisants ! Hors de cela, ça n'a pas d'intérêt. Il suffit de se comprendre !
- Mesure 6 : on lancera en 2012 des travaux "*approfondis*" sur la classification. Qu'on se rassure, il s'agit des bonnes et très vieilles questions de l'hétérogénéité de certains GHM, de la prise en compte de la lourdeur en ambulatoire (quelle horreur !), de bornes.... Il y aura "*constitution de groupes techniques*".

Alors posons-nous la question. On pourrait croire qu'une politique incitative est une politique claire, compréhensible par tout le monde, ayant un impact immédiat sur les pratiques, pourvue d'un dispositif de communication fort et d'instruments de mesure d'impact adéquats.

Nous ne doutons pas que l'ensemble de nos lecteurs aient immédiatement perçu la clarté soudaine qui tombe sur les tarifs ambulatoires certainement devenus très incitatifs. Mais nous ne leur suggérons pas de faire le test d'énoncer ces mesures devant une CME³⁴ ou même devant tout autre collectif de professionnels de santé. Même avec le diaporama à venir de la DGOS. Ils risqueraient d'être déçus sur l'impact, au moins en termes d'incitation...

Il y a fort à parier que si, dans quelques années, la DGOS demande une étude sur l'impact de ses mesures incitatives un expert dira, comme Roland Cash dans son rapport récent, que décidément non, l'incitatif tarifaire ne suffit pas, que son impact est finalement faible et que sans doute les freins à l'ambulatoire sont multifactoriels. Mais arrêtons d'être mauvais prophètes. Le vocabulaire en médecine n'est pas celui de la société civile et "*nous ne sommes pas des entreprises*". Au sein de l'enveloppe, on a redistribué un peu d'argent en créant quelques niches. De quoi se plaint-on ? D'innombrables comités y ont travaillé un an. On ne peut pas dire qu'ils ont travaillé pour rien, quand même !

Vous ne pensiez quand même pas qu'on allait faire du tarif identique ? Ce n'est pas parce que tout le monde est pour, que ça marche partout ailleurs, que c'est simple, que c'est compréhensible par tout le monde, que c'est incitatif sans rien coûter à la collectivité qu'on allait le faire en France aussi rapidement ! Ça ne fait que 20 ans qu'on sait tout ça ! Non, il nous faut des mesures "*adaptées*". Chez nous, la chirurgie ambulatoire est une priorité affirmée. On y travaille, vous ne trouvez pas ? D'ailleurs, si vous avez des idées, on est preneurs !

Bref, exploitons les niches, demandons à nos DIM de nous les signaler, luttons contre l'idée que seules les niches signalent les bonnes pratiques ou les pratiques autorisées, essayons de ne pas priver les patients "sévères" des bienfaits de l'ambulatoire et surtout ne nous laissons pas distraire des évidences stratégiques. Anticipons, de façon "*multifactorielle*", sans nous décourager...

¹ Académie nationale de médecine - Commission XVII - Ethique et droit « Signalement des événements indésirables en médecine - Protection juridique » - Rapport et recommandation d'un groupe de travail - (J. Hureau - rapporteur) - Rapport adopté le 28 février 2012
Cf. mail UNHPC 12/170 du mercredi 14 mars 2012 ou : <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2300>

² L'Europe elle-même poussait depuis 2006 à "*l'existence d'un système de notification confidentiel, anonyme et non punitif afin de "garantir la protection juridique des professionnels de santé à l'origine des déclarations, en d'autres termes, faire en sorte que les professionnels de santé concernés ne fassent pas l'objet d'enquêtes ou de mesures disciplinaires de la part de l'autorité qui les emploie, ou encore de représailles sous la forme de contrôles ou de sanctions pénales de la part des tribunaux du seul fait de la déclaration"*
Conseil de l'Europe - Comité des Ministres ; Recommandation Rec(2006)7 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la gestion de la sécurité des patients et de la prévention des événements indésirables dans les soins de santé (adoptée par le Comité des Ministres le 24 mai 2006, lors de la 965e réunion des Délégués des Ministres) ; Annexe à la Recommandation Rec(2006)7
Cf. mail UNHPC 08/143 du mardi 20 mai 2008 ou [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005407&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackC](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005407&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColor)

³ Texte en gras souligné par l'Académie

⁴ NCEPOD : National confidential enquiry into patient outcome and death
Cf. le site <http://www.ncepod.org.uk/> - "This year NCEPOD celebrates 24 years of promoting improvements in health care. We have published 32 reports derived from a vast array of information about the practical management of patients." (18-3-2012)
En 1997 déjà, une enquête montrait que 74 % des anesthésistes anglais considéraient que leur pratique avait changé grâce à la NCEPOD, avec un meilleur suivi des recommandations de bonne pratique et de protocoles pour 75 % d'entre eux et qu'elle avait aidé à l'amélioration de services en personnel ou en équipement essentiel pour 80 % d'entre eux !
Derrington MC, Gallimore S - *The effect of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths on clinical practice. Report of a postal survey of a sample of consultant anaesthetists* - *Anaesthesia* 1997 Jan;52(1):3-8
Cf. aussi :

- The National Confidential Enquiry on Perioperative Deaths (NCEPOD) (rappelons aussi le

- Confidential enquiry into perioperative deaths score - CEPOD)
- The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH)
 - The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide (NCISH) examines suicides and homicides by people using mental health services.
 - The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by people with mental illness (CISH)
 - The National Confidential Enquiry into Methadone Related Deaths (NCEMRD)
- Cf. aussi, entre autres, le rapport "*For better, for worse? A review of the care of patients who died within 30 days of receiving systemic anti-cancer therapy*" (SACT), Audit sur les patients décédés dans les 30 jours suivant une chimiothérapie que nous avons diffusé par mail UNHPC 09/468 du lundi 26 octobre 2009
- ⁵ DGOS : Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ⁶ INCa : Institut national du cancer
- ⁷ ASN : Autorité de sûreté nucléaire
- ⁸ AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- ⁹ SFRO : Société française de radiothérapie oncologique
- ¹⁰ Cf. : www.vigie-radiotherapie.fr
- ¹¹ CTCAE : Common terminology criteria for adverse events, anciennement CTC : Common toxicity criteria
- ¹² Pour ceux qui voudraient une présentation simple et récente de la loi Bush (PSQIA : Patient safety and quality improvement act qui date de 2005) rappelons la très bonne brochure de l'AMA (American medical association) intitulée "The physician's guide to patient safety organizations".
Cf. notre Chronique 10/36 du lundi 6 septembre 2010 ou notre mail de diffusion UNHPC 2010/351 du mercredi 4 août 2010.
La brochure de l'AMA est aussi téléchargeable sur <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/370/patient-safety-organizations.pdf>
Le Patient Safety and Quality Improvement Act est par ailleurs décrit au sein d'un dossier très complet téléchargeable sur le site de l'AHRQ, à l'adresse suivante : <http://www.pso.ahrq.gov/regulations/regulations.htm>
- ¹³ Malik Koubi, Annie Fenina - *Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé* - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) Série Etudes et Recherche - n° 118 - mars 2012 - 33 pages plus annexes
Cf. mail UNHPC 12/174 du vendredi 16 mars 2012 ou <http://www.sante.gouv.fr/le-partage-volume-prix-a-l-hopital-dans-les-comptes-nationaux-de-la-sante.html>
- ¹⁴ p. 7
- ¹⁵ p. 7
- ¹⁶ Cf. p. 9 et p. 25 : "*La méthode « input » constitue une approche indirecte du partage volume-prix car elle consiste à appliquer ce partage aux facteurs de production (ou charges) et non à la production elle-même (produits). Par rapport à la méthode « output », les paramètres estimés prioritairement, dans le cas spécifique des établissements publics hospitaliers, sont les indices de prix des facteurs de production et non les indices de volume, l'indice de volume étant calculé par solde. L'indice de prix global est obtenu par agrégation des indices de prix élémentaires, agrégation pondérée par le poids financier de chacun des facteurs de production.*"
- ¹⁷ Eurostat est une direction générale de la Commission européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire. Elle a pour rôle de produire les statistiques officielles de l'Union européenne, principalement en collectant, harmonisant et agrégeant les données publiées par les instituts nationaux de statistiques des pays membres de l'UE, des pays candidats à l'adhésion et des pays de l'AELE.
Cf. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Eurostat>
Le site d'Eurostat est à l'adresse suivante : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- ¹⁸ p. 16

Cf. aussi page 17 : "**I.9 L'impossibilité de faire un partage volume-prix pour les MIGAC**
Parmi les produits non pris en compte dans le calcul, les MIGAC posent un problème méthodologique important en raison de leur poids croissant dans le financement des hôpitaux publics. Ainsi, le montant des MIGAC est passé de moins de 6 milliards d'euros en 2007 à presque 7,8 milliards en 2010. Or il n'est méthodologiquement pas possible à ce jour d'opérer un partage volume-prix de cette enveloppe car il faudrait par exemple pouvoir calculer les indices d'activité qui correspondent à ce financement.

Parvenir à effectuer un partage volume-prix pour cette enveloppe constituerait pourtant une information très utile. En effet le poids de l'enveloppe MIGAC n'est pas négligeable et si le partage volume-prix réalisé sur cette enveloppe diffèrait sensiblement de celui des autres activités, il pourrait influencer l'indice de volume et l'indice de prix globaux."

¹⁹ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

²⁰ T2A : Tarification à l'activité

²¹ Circulaire n° 161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique

Cf. mail UNHPC 2004/88 du vendredi 30 avril 2004

²² Projet : "**L'article D. 6124-134 du code de la santé publique est ainsi modifié :**

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Lorsque le traitement par chimiothérapie concerne un enfant ou un adolescent de moins de dix-huit ans, la décision de mise en oeuvre d'un traitement par chimiothérapie peut être prise par un pédiatre exerçant dans un établissement de santé satisfaisant aux critères d'agrément mentionnés à l'article R. 6123-88 pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents, titulaire d'un diplôme d'université sur la prise en charge des cancers de l'enfant et justifiant pour les cancers de l'enfant et de l'adolescent, sur la moyenne des trois dernières années d'exercice, du suivi d'au moins douze protocoles de chimiothérapie par an et d'une participation à au moins vingt réunions de concertation pluridisciplinaire par an".

²³ DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire

²⁴ DIUOP : Diplôme inter-universitaire d'oncologie pédiatrique

²⁵ OTC : Over the counter, "devant le comptoir de la pharmacie", en accès libre

²⁶ HAS : Haute autorité de santé

²⁷ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

²⁸ Signalons aussi que le projet de décret modifiant les dispositions réglementaires du code de la santé publique relatives aux conditions techniques de fonctionnement de structures alternatives à l'hospitalisation - c'est à dire le décret de 1992 - attendu depuis longtemps et qui devait reprendre les dispositions arrêtées lors des travaux préparatoires aux décrets portant nouveau dispositif d'autorisation de l'activité de soins "chirurgie" a été soumis au CNOSS jeudi dernier 15 mars. Il supprime en particulier l'obligation de présence d'une infirmière pour 5 patients présents et la limitation de durée d'ouverture et propose quelques mesures nouvelles parfois un peu surprenantes. Nous l'avons déjà évoqué et serons amenés à y revenir.

²⁹ GHM : Groupe homogène de malades

³⁰ L'emploi du terme "*tarif unique*" par l'administration est dangereux : il prête à confusion avec le difficile dossier de la convergence. Depuis le vote de la convergence public privé, l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) a toujours pris soin de distinguer *tarif unique* (public-privé) et *tarif identique* (ambulatoire et hospitalisé traditionnel) afin de ne pas polluer le dossier des tarifs de la chirurgie ambulatoire avec des débats qui n'ont rien à voir avec elle et afin de ne pas susciter des craintes infondées dans le secteur public.

³¹ DG : Dotation globale

³² OQN : Objectif quantifié national

³³ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

³⁴ CME : Conférence médicale d'établissement dans le privé ; Commission médicale d'établissement dans le public

Réglementation des dépassements - Cartographie

***Nouvelle réglementation
des dépassements :
progrès ou recul ?
Pour nos revenus ?
Pour la médecine ?
Pour les patients ?
Pour la société ?***

Date de parution : lundi 26 mars 2012

Mots types : Secteur privé - Hôpital - CLAHP - Coordination renforcée - Géographie - Cartographie - Accessibilité - J.-M. Macé - Ch. Babusiaux - Déficit sécurité sociale - Instructions aux ARS - MIG - FDA - OTC - A. Podeur - F.-X. Selleret

Cette semaine, les médias ne nous ont parlé que du drame de Toulouse¹. Il n'existait plus rien d'autre. Le tragique et l'émotion ont tout submergé. Ce n'est pas le lieu ici de commenter ces événements lourdement porteurs de sens. Mais la planète ne s'est pas arrêtée de tourner. Le petit Landerneau de notre secteur santé non plus. Pour nous, **le dossier qui a dominé cette semaine est celui des "dépassements"**.

Ce dossier a évolué en deux temps.

Dans un premier temps, ce sont les professionnels qui ont pris l'initiative. Devant ce qu'il faut bien appeler l'incurie de nos "politiques" sur le sujet, il le fallait.

- Ce sont tout d'abord les praticiens du privé qui ont bougé. Connaissant les limites des textes annoncés, le CLAHP² qui réunit la CSMF³, la FMF⁴, le Bloc⁵ et le SML⁶ avec la FHP⁷ et la Conférence des présidents des CME d'hospitalisation privée a fait lundi dernier un communiqué important⁸. "*Caricaturer et stigmatiser les professionnels de santé ou les établissements est injuste et stérile : il importe au contraire d'accompagner rapidement l'émergence des solutions nécessaires.*" Ils rappellent le constat selon lequel "*la non-revalorisation durable du tarif opposable de nombreux actes, malgré l'évolution parfois considérable des charges pesant sur les praticiens, est la cause principale de la situation actuelle*". Ils "*se portent fort d'assurer le respect du principe de transparence tarifaire.*" En conséquence ils concluent que "*dans cette logique, le CLAHP a décidé de mettre en chantier une charte détaillée des bonnes pratiques en matière de compléments d'honoraires. Il se propose de la diffuser aux*

professionnels de santé des Cliniques et Hôpitaux Privés au cours du second semestre 2012."

On notera le choix du vocabulaire qui laisse l'avenir ouvert : "*Les membres du CLAHP regrettent que les assurances complémentaires n'aient pas respecté leur engagement conventionnel en mettant en place le secteur optionnel, première réponse à la solvabilisation des compléments d'honoraires...*". C'est en effet l'expression de "*première réponse*" qui est importante ici.

Par ailleurs cette initiative louable et, il faut l'espérer, fondatrice souligne aussi la situation dans laquelle nous sommes du fait de l'Etat. L'Etat organise le système autour d'une règle de rémunération mortifère pour la médecine libérale. Fuyant ses responsabilités il présente comme une réforme importante ce qui ne modifie ce système mortifère qu'à la marge et, pire, concourt à sa pérennisation en le rendant en apparence moins douloureux. Il faut donc bien se doter d'une "*charte*". Le CLAHP, de façon osée, la nomme "*de bonnes pratiques*". Mais c'est l'honneur des professionnels de se retrouver de façon unanime devant cette exigence de mettre des garde-fous au système fou qui nous est imposé.

- Le lendemain, c'est-à-dire de façon concomitante, ce sont des praticiens du public qui se sont réveillés. Ils l'ont fait à la suite de la parution de l'article de 60 millions de consommateurs⁹. Courageusement, 200 d'entre eux ont fait circuler une pétition.¹⁰ Ils demandent "*qu'il soit mis fin à l'exercice privé au sein de l'hôpital public*". Cela mérite un coup de chapeau. Ils demandent que cette suppression soit accompagnée de la limitation des dépassements d'honoraires en ville et d'une revalorisation des tarifs. "*En attendant la nouvelle loi*" ils demandent tout simplement et tout aussi courageusement à l'Etat de faire respecter la loi actuelle et que l'ensemble des honoraires concernés soient versés à la caisse de l'hôpital. Curieusement ils oublient que, sur ce dernier point, il faut aussi un changement réglementaire. Nous l'avons souvent évoqué ici.

Une fois de plus on ne peut que se réjouir de cette initiative lucide et courageuse. De même il faut se réjouir du fait qu'un lien soit fait avec le système des dépassements dans le privé. Il y a longtemps que la simple confraternité aurait dû nous amener à plus de solidarité public-privé sur ces sujets touchant à la nature même de la médecine. Nous l'avons souvent souligné. Un pas est fait en ce sens, bravo.

Il y a pourtant deux limites à ce texte.

La première vient du fondement de leur contestation. Il est éthique. Nous n'avons rien contre. Mais ce fondement est vulnérable. Il en est de plus solides, nous venons de le rappeler et nous y reviendrons.

La deuxième vient du fait qu'il n'y a pas de parallélisme entre la demande de "*suppression*" pour le public et la demande de "*limitation*" pour le privé, comme si le métier exercé et "*l'éthique*" n'étaient pas les mêmes... Pour reprendre le vocabulaire d'Eric Favereau dans Libération¹¹, le "*venin*" serait-il moins "*insupportable*" dans le privé que dans le public ?

Et puis, comme annoncé, deux textes réglementaires sont sortis sur les "dépassements"¹². Ils mettent en place ou plutôt redéfinissent l'option de "*coordination renforcée*".

- On connaît l'option retenue. L'Arrêté porte de 20 % à 50 % le taux de dépassement admis par l'article 36 de la Convention, jusqu'à un maximum de 70 % des actes pour assurer la participation de l'assurance-maladie aux cotisations sociales des médecins concernés : les chirurgiens, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs. Le décret intègre au cahier des charges des "*contrats solidaires et responsables*" des complémentaires santé (quel vocabulaire !), la prise en charge obligatoire des dépassements pratiqués dans le cadre de l'option de "*coordination renforcée*".
- Cette "réforme" crée l'unanimité contre elle.

Tous les syndicats médicaux dénoncent le fait que les praticiens du secteur 1 soient "oubliés". Une fois de plus rien ne sert d'être vertueux dans les relations avec l'administration qui ne respecte que les forts, quelle que soit la nature de cette force. Mais la vertu n'est jamais une force pour une administration.

Dans son communiqué, "*la CSMF, premier syndicat médical, dénonce l'attitude des gouvernements successifs depuis 1980, tous bords politiques confondus, qui, après avoir créé le secteur 2 contre l'avis du corps médical, n'ont eu de cesse de stigmatiser les médecins de secteur 2 sans jamais apporter de solution concrète.*"¹³

Pour Michel Chassang "*savoir si les médecins souscriront à cette option, c'est la grande question. Ils auront probablement peur d'y rester bloqués*"¹⁴.

Pour Philippe Cuq, coprésident du Bloc et président de l'Union des chirurgiens de France (UCDF)¹⁵ : "*On fait fausse route*".

Pour Gilles Johanet, ancien directeur de l'assurance-maladie "*une fois encore, le patient n'aura pas le choix. C'est le médecin qui décidera, à la tête du client*". C'est en effet cela le plus grave, le plus destructeur pour la médecine : faire du colloque singulier le lieu d'un commerce, d'un commerce inégal, qui plus est¹⁶.

Pour Etienne Caniard, président de la Mutualité française, "*l'impact sera probablement extrêmement limité pour les patients*". Il s'agit pour lui d'un "*effet d'annonce*" qui va créer un "*effet d'aubaine*"¹⁷.

Dans une unanimité rare et donc significative, la Mutualité et les syndicats de salariés font un communiqué commun qui est très précis :

"Ce dispositif va à l'encontre du but recherché car il n'intéresse pas les spécialistes qui pratiquent les dépassements d'honoraires les plus importants, tandis qu'il constitue un effet d'aubaine pour les autres. Par ailleurs, en obligeant les organismes complémentaires à prendre en charge les dépassements d'honoraires le gouvernement aggrave les inégalités d'accès aux soins et fragilise à nouveau notre système de santé :

- en renchérissant le montant des cotisations des complémentaires ;
- en pénalisant davantage les personnes n'en bénéficiant pas.

Il est donc nécessaire, dans ce contexte, de privilégier :

- un strict encadrement des dépassements d'honoraires comme première mesure d'urgence pour aller vers une réelle opposabilité des tarifs pratiqués par les professionnels de santé ;
- l'ouverture immédiate de négociations avec l'ensemble des acteurs concernés pour fixer une juste rémunération des actes médicaux, condition à cette opposabilité afin de répondre avant tout à l'intérêt des patients.

*Devant l'accroissement des difficultés d'accès aux soins, les organisations syndicales de salariés, CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, Force Ouvrière, FSU, UNSA et la Mutualité Française souhaitent agir pour la mise en œuvre de solutions conformes aux valeurs de solidarité et d'universalité de notre système de sécurité sociale et plus largement de protection sociale et appellent les candidats à la présidentielle à placer la santé et la sécurité sociale au cœur du débat public."*¹⁸

Pour une fois des représentants de patients s'expriment aussi sur ce sujet, pas seulement des "consommateurs". C'est un signe. *"On paye une fois au grattage avec les dépassements, une fois au tirage avec l'augmentation des cotisations des mutuelles. Et pour les Français sans mutuelle, soit deux millions, le problème restera inchangé."* C'est Claude Rambaud, vice-présidente du collectif interassociatif sur la santé (CISS) qui s'exprime ainsi. *"Avec un salaire médian à 1.500 euros par mois et une mutuelle qui frôle généralement 500 euros, comment voulez vous tenir ?"*¹⁹

- La presse n'est pas en reste et couvre largement le sujet. Le Monde, par exemple, consacre presque une pleine page au sujet²⁰ et dénonce ce qui *"ne facilitera pas la lisibilité des tarifs des médecins, déjà jugés complexes"*. Bien involontairement, Le Monde illustre lui même le piège de la complexité qu'il dénonce, en appelant option de *"coopération"* renforcée l'option de *"coordination"* renforcée...

Pour le Figaro *"La solution est partielle, imparfaite, son succès n'est pas garanti. Elle a malgré tout le mérite d'exister..."*²¹. *"Le dispositif doit être élargi dans les jours qui viennent. Un autre décret imposera aux complémentaires de rembourser aussi les dépassements dans les autres spécialités médicales. Avec une différence : les médecins concernés s'engageront à ne pas facturer plus de 20 % au-delà du tarif Sécu, sur les seuls actes techniques (imagerie, petite chirurgie...). Ils ne pourront pas en pratiquer sur les actes cliniques et les consultations."* Voilà qui va encore faire plaisir à beaucoup !... Et surtout relancer la machine à produire de la convoitise, à pervertir les esprits et à accélérer les évolutions vers l'exponentiel et donc l'impasse. Ce n'est pas de l'éthique ou encore moins un manquement à l'éthique, c'est tout bêtement de l'économie comportementale.

- Nos candidats ? Ils restent sur leurs positions. Arrêtons-nous sur les deux principaux. François Hollande, qui s'appuie sur sa culture socialiste pour dénoncer, à juste raison, les dérives de la *"finance"*, ne trouve sans doute

rien à redire aux dépassements puisqu'il propose seulement de les "*encadrer*". Nicolas Sarkozy, en principe un ami des professions libérales, veut, lui, les "*limiter*" alors qu'ils sont mortifères pour ces professions. Loin des principes et des valeurs proclamées, on est donc dans le consensus mou et irresponsable des deux côtés.

Le vrai sujet reste celui de l'avenir de la médecine. Si la médecine est un commerce, alors à quoi servent les millénaires de tradition contraire, à quoi sert la construction longue et difficile de nos systèmes de solidarité modernes, à quoi sert notre code de déontologie ?

Une fois de plus, posons-nous la question. Qu'est-ce qui fait que la médecine échapperait à cette loi historique qui veut que lorsque les individus s'auto-allouent leurs revenus dans le cadre d'un financement collectif obligatoire, ils finissent tôt ou tard par le payer très cher et entraînent leur corporation dans une opprobre générale qui conduit soit à la supprimer, soit à la reconstruire sur des bases entièrement nouvelles ?

Ces textes sont extrêmement graves car ils ne résolvent rien et rendent l'avenir plus difficile encore. Nous savons que nos établissements "*ne sont pas des entreprises*", le ministre n'est pas un chef d'entreprise, mais quand même ! Lorsqu'on est chef d'entreprise, le *ba ba* du métier consiste, lorsqu'on veut mettre en place une organisation nouvelle, à se poser la question préalable des effets pervers que cette nouvelle organisation porte en germe... Et à corriger le tir avant de l'opérer ! Ces textes font croire à une régulation qui n'en est pas une. Ils vont exciter la convoitise de ceux à qui on en refuse l'accès. Ils vont susciter tous les effets pervers dénoncés de tout bord. Fait aggravant, ils viennent complètement à contre temps en cette période de crise. La crise rendra ces méthodes d'allocation de revenus de plus en plus intolérables et de plus en plus insolubles.

En privé, tous les derniers ministres en convenaient, mais disaient tous "*on ne peut tout faire en même temps, on le fera plus tard...*". Plus on attend, plus ce sera difficile. Au contraire, au lieu d'étendre un peu et de consolider un peu, il faut en sortir, d'urgence.

La réforme, la vraie, consiste à supprimer le droit à dépassement pour tout médecin conventionné, et, disons-le maintenant, le secteur privé à l'hôpital, avec, en compensation, une hausse des honoraires ou des salaires qui doivent l'être et que tout le monde connaît. Concernant les seuls honoraires des libéraux, puisque tous les ministres ont dit et redit que, globalement, les médecins n'abusaient pas, il faut réintégrer les sommes en jeu dans la négociation conventionnelle et assumer la décision politique de la répartition de la charge. Cela peut donc se faire sans aucun coût supplémentaire pour nos financements collectifs. Pour le public, il faut rappeler qu'il n'y a pas de secteur privé dans les centres anticancéreux et que cela ne leur nuit pas, au contraire. Et pour que tout cela soit clair pour tous, il faut aller vers la mise en place du bouclier sanitaire qui, en plus d'être un outil de simplification et de clarification, sera un bon outil de régulation.

Les politiques ont peur d'assumer leurs responsabilités. Faudra-t-il que la crise s'approfondisse pour qu'un ministère technique à l'italienne prenne les rennes et apporte les solutions qui s'imposent ? A la gravité du sujet s'ajouterait alors une grave crise de la démocratie. Il n'y a donc rien d'emphatique à souligner les enjeux considérables de ce dossier. Ils le sont pour l'avenir de la médecine, ils le sont pour la société, ils le sont pour l'avenir de la démocratie et la confiance qu'on peut accorder aux élus. Sanctionnons les quelques voyous qui traînent. Loin des mesquineries sur les abus et du faux sujet du niveau qui les caractérise, il faut d'urgence recréer de l'unité citoyenne sur le sens du soin dans notre société.

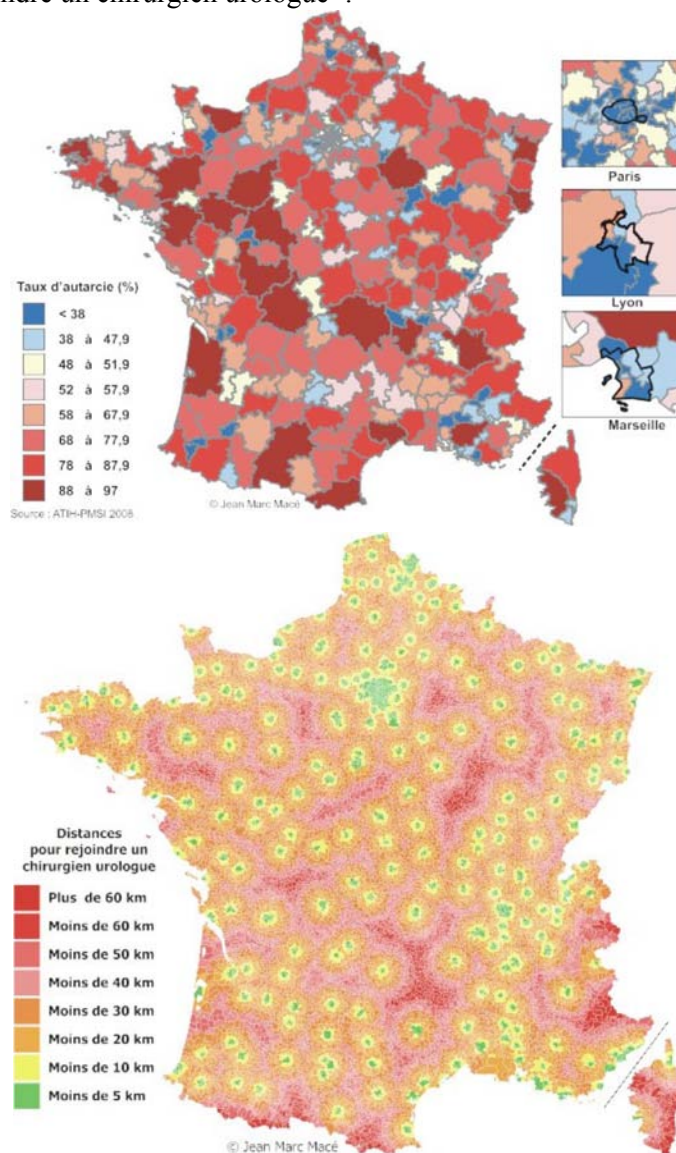
La cartographie des flux de patients

La publication de l'étude INSEE²² - DREES²³ "**Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile**"²⁴ nous a valu un intéressant courrier de **Jean-Marc Macé**, géographe de la santé au CNAM à Paris et fidèle abonné de ces chroniques. *"Il pourrait y avoir un droit de réponse à ces informations qui du point de vue méthodologique sont relativement contestables quant à l'autonomie des prises en charge par département. Ce territoire administratif - le département - ne correspond pas au territoire opérationnel des usagers"* En conséquence les taux d'autonomie qui en découlent sont peu significatifs. *"On consacre ici une échelle territoriale totalement dépourvue de signification en terme de flux des usagers. Il s'agit d'un constat jacobin d'administratifs qui ne tiennent pas compte des travaux universitaires produits depuis au moins une décennie."*

En gros, il faudrait pour la santé des "territoires de santé" élaborés comme le sont depuis plus de 30 ans les "bassins d'emploi", par exemple. Dans les faits, les flux des patients ne sont pas liés aux frontières du département. Travailler sur le département, *"bien sûr c'est le plus facile, mais certainement pas le plus intéressant pour les professionnels, ou pour les usagers."*

Jean-Marc Macé nous rappelle que, pour mesurer les "attractions", la méthode existe, il s'agit de la méthode Mirabel de l'INSEE²⁵. *"Cette technique est basée sur la notion de « flux majoritaires relatifs » des déplacements des usagers. Dans la mesure où l'offre de soins n'est pas identique dans chaque pôle hospitalier, il est impératif de se référer à une discipline spécifique. Dans ces conditions, la représentation de la force de capture des hospitalisés par chaque bassin (selon une discipline) par un « taux d'autarcie » (ou d'autonomie) devient un outil essentiel pour connaître le degré d'utilisation par la population de l'offre de proximité. Ce sont ces informations qui intéressent les décideurs, les élus, les usagers." [...]* *"Il serait opportun que nos grandes et respectables institutions (DREES, INSEE) se rapprochent des chercheurs universitaires qui travaillent dans le domaine de la géographie de la santé depuis une quinzaine d'années. Il serait intéressant qu'ils utilisent leur travail au lieu de se contenter de produire des informations peu opérationnelles au niveau du « territoire jacobin »".*

Nous avons effectivement besoin d'un recours accru aux "géographes de la santé" et nous remercions Jean-Marc Macé de nous avoir transmis deux cartes illustrant ses remarques, l'une sur le "taux d'autarcie", l'autre sur la distance pour rejoindre un chirurgien urologue²⁶.



Il nous paraissait intéressant de faire place à ces remarques de spécialistes. Nous le vivons lors de chaque élaboration de "schéma" ou de "projet régional", le débat, en santé, est pollué par les conflits de pouvoirs potentiels. Les réflexes dominants sont donc de travailler sur les frontières administratives qui ne remettent pas en cause ces frontières de pouvoir. Pourtant ces études de géographes, ces cartographies des flux, nous sont aussi nécessaires que pour

le commerce, l'industrie, l'emploi pour ne citer que quelques domaines où elles font partie de la panoplie d'outils mis à la disposition des décideurs comme des citoyens. Pour reprendre un vocabulaire à la mode chez nous, ces travaux sont indispensables à l'exercice de la "démocratie sanitaire" et pourtant ils n'existent toujours pas chez nous. Ils devraient être tout aussi utiles à nos planificateurs. Même si nous avons fait quelques progrès théoriques pour la prise en compte de certains flux de patients transfrontières ARS, il reste presque tout à faire.

Mais aussi...

- **Le "trou" de la sécurité sociale** : *"On est allé au bout du déficit de la Sécurité sociale. Si, d'ici à 2020, rien n'est fait, 130 milliards d'euros de dette supplémentaire viendront s'ajouter aux dizaines de milliards déjà accumulés. Et pas d'espoir que la croissance vienne sauver la situation ! Avec un taux de croissance potentielle de 1 %, on ne peut pas espérer, comme en 1997, que le "trou" se résorbe sans rien faire. La situation est trop grave pour espérer qu'elle se rétablisse toute seule. Il va falloir prendre des décisions, notamment en ce qui concerne l'assurance-maladie."* C'est Christian Babusiaux²⁷, président de la première chambre de la Cour des comptes qui s'exprime ainsi, lors d'un colloque le 6 mars dernier devant les représentants "santé" des candidats... Malgré les silences de la campagne, les faits sont têtus...
- **La FDA²⁸ veut libéraliser l'accès aux médicaments²⁹**. Le respect des prescriptions de médicaments pose de plus en plus de difficultés aux USA. Pour toute une série de raisons, 20 % des prescriptions ne sont pas suivies. De plus, le coût pour le patient et le temps passé pour aller voir son médecin, même pour un renouvellement d'ordonnance, dissuadent beaucoup de patients. En conséquence, la FDA s'oriente vers un élargissement des listes de médicaments "over the counter" (OTC - en accès libre). Pour cela elle est en train de définir un certain nombre de règles nouvelles s'appliquant selon les médicaments (test préalable, discussion avec le pharmacien, détention d'une première prescription médicale, e-prescriptions, ...). Les consommateurs, les structures de soins, les Agences Fédérales y voient tous de nombreux avantages et poussent ce "*nouveau paradigme*". L'Association des pharmaciens américains est pour, elle aussi, mais veut connaître les conditions qui seront retenues.
Intéressant. A suivre de près. En France, faut-il relancer la réflexion en France, le rapport Coulomb³⁰ ayant maintenant 5 ans ?
En tout cas les pharmaciens français pourront cet automne procéder à des "*entretiens pharmaceutiques*" (pour ne pas dire "consultation") et ils pourront assurer le suivi des patients atteints d'angine, sous traitements anticoagulants ou de substituts à la drogue et des femmes ayant besoin d'une "pilule du lendemain". Un pas dans le même sens que la FDA ?

- Un détail dans le Rapport d'activité ARS 2011. **Les ARS sont, comme nous, submergées par les textes.** Près d'un par jour calendaire, plus qu'un par jour ouvré. Un véritable bréviaire, à lire pratiquement chaque jour. Jugez plutôt : *"En 2011, 321 instructions ont été présentées au CNP et 310 ont été validées, ce qui représente en moyenne 26 instructions par mois adressées aux ARS. Ces instructions sont de nature et d'importance très variées. 65 instructions « signalées » avaient une dimension stratégique marquée, dont 47 étaient relatives à la mise en œuvre des politiques, 10 portaient sur le fonctionnement des ARS, 5 sur les enquêtes et 3 sur les crédits d'intervention. La plupart des instructions émanaient de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale de la santé (DGS)."*³¹

Question indiscreète : sont-elles toutes lues par leurs destinataires ?

Le même rapport nous apprend aussi que *"60 % des agents ont suivi au moins un stage de formation en 2011"*. On comprend. En même temps on se demande comment nos établissements pourraient suivre...

Au fait, où en sommes-nous, nous les hospitaliers, en termes de textes reçus ? Le tableau de bord de Légifrance est hélas toujours *"en cours de refonte"*³². C'est décidément très, très long. Une chose est sûre, chez nous c'est beaucoup plus qu'une instruction par jour !

- Nous avons eu cet été un Guide "AC"³³. Puis nous avons eu un Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)³⁴. On nous annonçait un **guide MIG**. Il vient de paraître³⁵. La peur du gendarme a décidément bien des vertus. Elle est clairement revendiquée, cette peur du gendarme, pour justifier l'édition de ces guides. Après tout, tant mieux, l'appel à l'équité et à la clarté dans la mise en œuvre des politiques publiques était depuis de longues années parfaitement inefficace. Et puis il y eut l'action de l'Europe. Et donc : *"Le contexte est donc celui de la sécurisation juridique des dotations. [...] Le contexte est aussi économique : l'insécurité juridique précitée constitue un risque financier pour les établissements dont les dotations seraient invalidées par le juge national ou communautaire."*³⁶ En conséquence : *"L'objectif à atteindre est que chaque mission financée par la dotation MIG puisse être contractualisée pour un montant fixé dans le respect des règles d'équité et de transparence, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus et ce dans le cadre du dialogue de gestion avec les établissements."* Formidable efficacité du gendarme ! Grâce à lui, on progresse. Qui s'en plaindrait ?

Ce guide donne lieu à une autre innovation. Il est quand même assez curieux qu'une *"version provisoire"* soit en même temps *"soumise pour concertation sous la forme d'appel à commentaires aux fédérations hospitalières ainsi qu'aux instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale et de conférences médicales"* et diffusée à tous sur le site du Ministère³⁷. Ce n'est pas la première fois, mais cette manière de faire reste très nouvelle. On hésite sur l'interprétation de cette innovation procédurale. Est-ce une avan-

cée de la démocratie ? Est-ce un moyen de court-circuiter les corps intermédiaires que sont, en particulier, les Fédérations d'établissements ? Est-ce un moyen discret de faire savoir qu'en réalité il n'y a pas de concertation et que "l'avant-projet" est, de fait, définitif ou, ce qui revient au même appliqué sans attendre...

Enfin, si ce guide se veut une "actualisation d'une version du guide MIG datant de juin 2008", constatons que cette dernière faisait 83 pages. La version soumise à "concertation" cette semaine fait 292 pages ! Cela donne aussi à penser...

- Cette semaine on a appris qu'il y avait deux lauréats de l'appel à projets « **Pôles Hospitalo-Universitaires en Cancérologie** » lancé dans le cadre du programme d'investissements d'avenir. Ils recevront chacun 10 millions d'euros. Il s'agit du projet PACRI³⁸ qui va regrouper pour des actions communes plusieurs instituts de recherche en cancérologie franciliens et du projet CAPTOR³⁹ qui a pour but de développer sur le site de Toulouse-Onco-pole toutes les composantes de la pharmacologie anti-tumorale. En juillet 2009, nous nous interrogeons ici même pour savoir si le secteur de la santé réussirait à s'insérer dans le dispositif du "Grand emprunt national"⁴⁰. C'est chose faite, et c'est heureux. Bon vent aux lauréats et surtout à leur projet !
- **Annie Podeur a quitté ses fonctions** de directrice de la DGOS⁴¹ cette semaine. Tout le monde reconnaît ses capacités de travail et son habileté dans un poste qui nécessite les deux. Il lui en a fallu, en effet. On attend souvent du DGOS qu'il soit le garant et l'animateur de la politique de l'Etat. En fait une bonne partie de son temps est consacrée à répondre en urgence aux multiples sollicitations des ministres, plus largement des politiques, et, chaque semaine, aux fameuses "questions du mercredi" qui animent le Parlement et ses caméras. Durant ses 5 ans et demi de responsabilités à la DHOS⁴² puis à la DGOS Annie Podeur a participé à la mise en place de nombreuses réformes, celles d'HPST⁴³ et celles de ses propres services, entre autres. Ce n'est pas rien. Elle n'a pas pu, su ou voulu en mener d'autres, celle consistant à définir, comme la loi l'y oblige, les nouveaux dispositifs d'autorisation en particulier pour la chirurgie et la médecine. Mais elle ne peut en être tenue pour seule responsable. En ce qui nous concerne nous avons souvent regretté l'écart constaté entre son action pragmatique et réaliste en tant qu'ARH en Bretagne et sa pratique à la DGOS. Sa connaissance du terrain demeurait, elle était précieuse, mais sa culture de référence était redevenue, quoi qu'elle en dise, très centralisatrice, et surtout très hospitalière et très planificatrice. Elle privilégiait une régulation administrative sur la régulation économique et qualitative. Paradoxalement la pression des faits a aidé à certaines évolutions ce qui fait dire à Gérard Vincent, avec l'habileté qu'on lui connaît : "*Nous n'avons jamais douté de son engagement pour le service public même si on s'est parfois interrogé sur les conseils de son proche entourage*".⁴⁴

Le poste est exigeant. Les responsabilités sont immenses. La période est difficile. C'est pourquoi il faut exprimer tous nos vœux à François-Xavier Selleret qui lui succède. Xavier Bertrand a célébré ses points communs avec Annie Podeur. Pour son Ministre, Xavier Selleret est en effet "*un grand travailleur, d'une résistance extrême au stress et opiniâtre*". Voilà de grandes qualités qui lui seront nécessaires pour défendre le service public au sens de l'intérêt général et non de la défense exclusive de la fonction publique, pour faire avancer les dossiers en s'appuyant sur les professionnels malgré la suspicion des services, pour ouvrir le système, lutter contre les sectarismes, mieux prendre en compte les exigences d'un bon fonctionnement économique et trouver ainsi les moyens de développer notre efficacité afin de sauvegarder les fondements solidaires de notre système de santé.

Rude métier ! Nous avons tous besoin d'un bon DGOS. Bon vent, donc, Monsieur Selleret !

¹ Les assassinats de Montauban et de Toulouse puis la mort du tueur fou Mohamed Merah.

² CLAHP : Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée

³ CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

⁴ FMF : Fédération des médecins de France

⁵ Le Bloc rassemble l'UCDF (Union des chirurgiens de France), le SYNGOF (Syndicat national des gynécologues-obstétriciens français) et l'AAL (Association des anesthésiologistes libéraux)

- ⁶ SML : Syndicat des médecins libéraux
- ⁷ FHP : Fédération de l'hospitalisation privée
- ⁸ Communiqué de presse du Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée (CLAHP) : "*Compléments d'honoraires : imaginer des solutions nouvelles pour sortir des caricatures et de la stigmatisation*" - Paris le lundi 19 mars 2012
Cf. mail UNHPC de ce jour
- ⁹ Cf. mail UNHPC 12/120 du lundi 27 février 2012 - 60 Millions de consommateurs (Mars 2012) - *Dépassements d'honoraires : à l'hôpital aussi*
Cf. mail UNHPC de ce jour
- ¹⁰ Cf. mail UNHPC de ce jour
- ¹¹ Eric Favereau - *Hôpitaux : le privé empoisonne le public* - libération du 20 mars 2012
"*Dénonçant les « dérives » des dépassements d'honoraires, 200 médecins signent un manifeste prônant la fin des activités libérales dans les établissements hospitaliers. C'est la zone la plus grise de la médecine hospitalière. Elle est certes étroite mais elle déteint sur tout le reste, elle instille le venin et instaure un climat de méfiance et de gêne. Le problème : les dépassements d'honoraires. Les médecins hospitaliers ont, en effet, la possibilité d'avoir un secteur privé à l'hôpital public, à condition que celui-ci ne dépasse pas 20% de leur temps, et pendant lequel ils peuvent demander les honoraires qu'ils veulent, ayant seulement comme contrainte de les déclarer à l'hôpital.*"
[...]"*Cet appel est un événement, car sur cette question des dépassements d'honoraires, on avait pris l'habitude de noter une certaine indifférence, voire un agacement de la part des médecins hospitaliers qui se disaient lassés d'être montrés du doigt. Les temps seraient-ils en train de changer ? En tout cas, nul ne le conteste aujourd'hui, les dépassements d'honoraires à l'hôpital public sont jugés « insupportables ».*"
- ¹² Décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
Arrêté du 21 mars 2012 pris en application de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012
Cf. mail UNHPC 12/191 du jeudi 22 mars 2012
- ¹³ Communiqué de la CSMF - *Secteur optionnel : un renoncement de plus* - 22 mars 2012
Cf. mail UNHPC de ce jour
- ¹⁴ Laetitia Clavreul - *Tentative de régulation des honoraires médicaux* - Le Monde du 22 mars 2012, p. 13
- ¹⁵ Cité par Pierre Bienvault - *Les dépassements d'honoraires des médecins seront régulés* - La Croix du 22 mars 2012
- ¹⁶ Idem
- ¹⁷ Idem. Cf. aussi France Soir du 24 mars 2012 Mutualité française : "*Le gouvernement légitime les dépassements d'honoraires*"
- ¹⁸ Communiqué commun de la Mutualité Française et des 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), CGT (Confédération générale du travail), Force Ouvrière, FSU (Fédération syndicale unitaire), UNSA (Union nationale des syndicats autonomes) - Paris le 22 mars 2012
- ¹⁹ Citée par Marie-Dominique Dubois - *Dépassement d'honoraires : ce qui va changer* - L'Expansion le 23/03/2012
- ²⁰ Article du Monde cité ci-dessus
- ²¹ Olivier Auguste - *Une solution imparfaite pour les dépassements d'honoraires* - Le Figaro du 23 mars 2012
- ²² Institut national de la statistique et des études économiques
- ²³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé
- ²⁴ Franck Evain, Drees, Mélanie Bigard, David Levy, pôle Analyse territoriale, Insee - *Une hospitalisation en court séjour sur deux a lieu à moins de 20 minutes du domicile* - INSEE - DREES - INSEE Première n° 1397 - Mars 2012

- Cf. mail UNHPC 12/188 du jeudi 22 mars 2012
- ²⁵ Logiciel MIRABEL (Méthode Informatisée de Recherche et d'Analyse de Bassins par l'Etude des Liaisons), développé à l'Insee. Cette méthode est par exemple utilisée pour constituer des zones géographiques en fonction de l'intensité des liens existant entre communes.
- ²⁶ Commentaire de Jean-Marc Macé sur la deuxième carte "Distances pour rejoindre un chirurgien urologue" : "*La distance d'accès pour rejoindre un chirurgien urologue n'a d'intérêt que pour une échelle locale. Certes, la distance est inférieure à 5 kilomètres pour la moitié de la population de la France métropolitaine, et à moins de 30 kilomètres pour les quatre cinquièmes. En effet, 2,7 % des habitants de France métropolitaine, soit 2,2 millions d'habitants doivent parcourir une distance de plus de 40 kilomètres pour rallier un professionnel. Mais où sont donc ces communes ? Ce sont des communes rurales, de très petite taille, situées principalement dans les reliefs montagneux des Alpes (frontière des départements des Alpes de Haute Provence et des Hautes Alpes, en Savoie) ; dans le Massif Central (frontière entre les départements de la Lozère et de l'Aveyron) ; dans les Pyrénées (frontière entre l'Ariège et l'Espagne), en Corse, mais également dans des régions au relief plus doux comme en Bourgogne, en région Centre, Champagne-Ardenne ou en Bretagne. Cette situation n'est pas spécifique à l'urologie, elle se retrouve, par exemple, pour la chirurgie vasculaire.*"
- ²⁷ Jean-Baptiste Chastand et Laetitia Clavreul - *Le trou de la "Sécu", urgence oubliée de la campagne* - A la Cour des comptes et chez les analystes, on s'inquiète de la gravité de la situation et du silence des politiques - Le Monde 23 mars 2012, p. 15
- ²⁸ Food and drug administration (USA)
- ²⁹ Cf. : <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/SpecialFeatures/ucm297128.htm> - Page Last Updated: 03/23/2012
- ³⁰ Alain Coulomb, Alain Baumelou. *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, position des acteurs* - Rapport au Ministère de la santé janvier 2007 - Cf. mail UNHPC 2007/29 du 25 janvier 2007
- ³¹ Cf. page 8 du *Rapport d'activité ARS 2011* - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, Paris, 2012 - Document édité par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales - février 2012
Cf. mail UNHPC 12/194 du jeudi 22 mars 2012
- ³² Cf. : <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Statistiques-de-la-norme>
- ³³ Circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation.
Cf. mail UNHPC 2011/441 du 8 août 2011
- ³⁴ Cf. Mail UNHPC 2011/622 du jeudi 17 novembre 2011
- ³⁵ *Projet de Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général* - Version 0 - DGOS
Cf. mail UNHPC 12/197 du vendredi 23 mars 2012
- ³⁶ p. 10 du "Guide"
- ³⁷ <http://www.sante.gouv.fr/guide-de-contractualisation-des-dotations-financiant-les-missions-d-interet-general-mig-appel-a-commentaire.html>
- ³⁸ PACRI : Paris alliance of cancer research
- ³⁹ CAPTOR : Cancer pharmacology of Toulouse oncopole and region
- ⁴⁰ Cf. notre chronique 2009/29 du lundi 20 juillet 2009 "la procédure d'allocation serait un bon moyen et un bon motif d'aider les entrepreneurs plutôt que les chasseurs de prime".
- ⁴¹ DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé
- ⁴² 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
- ⁴³ HPST : Loi "hôpital patient santé territoire"
- ⁴⁴ Cité par Sabine Neulat-Isard - Annie Podeur quitte la DGOS, satisfaite de la "forte déconcentration" du système de santé - APM SNPCM004 du 22/03/2012

Allocation de ressources - Performance - Productivité

***Réformes, politiques incitatives,
modes de rémunération,
productivité
font partie des questions
qui se posent
à chacun de nos
systèmes de santé***

Date de parution : lundi 2 avril 2012

Mots types : P4P - Paiement à la performance - HQID - NEJM - Incitatif - JAMA - Gastroentérologie - Rémunération - Forfait - Intervention de confort - Grande-Bretagne - D. Cameron - NHS - Productivité

Cette semaine, plusieurs publications anglo-saxonnes ont attiré notre attention. Elles soulignent une fois encore que les questions et les enjeux soulevés par l'évolution de nos systèmes de soins sont souvent proches dans nos différents pays "riches" et que la mutualisation des expériences est enrichissante.

Avec les systèmes de paiement à la performance il faudra se garder de jeter le bébé avec l'eau du bain lorsqu'on s'apercevra qu'en France aussi, leur impact sur les résultats médicaux est assez faible.

Nos responsables politiques se disent partisans de l'introduction d'approches "forfaitaires" dans l'allocation de ressources. Hélas, depuis l'introduction de la T2A, ils n'en font rien. Un article américain montre que le concept est plus diversifié qu'on ne le pense souvent mais les réflexions très concrètes qu'il propose sur les nécessaires incitations à l'amélioration des pratiques sont bien intéressantes.

L'Angleterre est en grand débat. Elle n'arrête pas de réformer. Non pas à la marge, mais de fond en comble. Elle prend aussi, de ce fait, de grands risques. Il est bien dommage que les médias ne nous aident pas à mieux suivre ce qui s'y passe.

Le Lancet prend violemment parti dans le débat sur l'évaluation de l'évolution de la productivité du NHS. Au moins y a-t-il débat, en Angleterre. Cela est sans aucun doute exemplaire.

Paiement à la performance

Le New England Journal of Medicine publie cette semaine les résultats d'une très intéressante étude sur **les effets à long terme du programme d'incitation par paiement à la performance sur les résultats médicaux**¹. Il s'agit ici des ressources versées aux établissements de santé. Le plus simple est de traduire ici l'abstract. Pour ne pas alourdir cette chronique nous l'avons expurgé des résultats chiffrés qui y figurent, mais nous incitons nos lecteurs à se reporter à l'original et à lire cet important article.

- Contexte :

Le paiement à la performance est maintenant au centre des stratégies mises en œuvre pour améliorer le système de santé. Les auteurs ont voulu évaluer l'effet à long terme du programme de Medicare "Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID)" sur les résultats pour les patients.

- Méthodes :

Les auteurs ont utilisé les données de Medicare pour comparer les résultats des 252 hôpitaux participants au HQID Premier et des 3.363 hôpitaux de contrôle ne participant pas au programme mais dont les données sont présentes dans des rapports publics. Ils ont examiné la mortalité à 30 jours chez plus de 6 millions de patients qui ont eu un infarctus aigu du myocarde, une insuffisance cardiaque congestive, une pneumonie ou qui ont bénéficié d'un pontage aortocoronarien² entre 2003 et 2009.

- Résultats :

Au départ, le taux de mortalité à 30 jours était similaire dans les deux groupes d'hôpitaux présents dans l'étude.

La baisse du taux de mortalité a été similaire dans les deux types d'hôpitaux.

La mortalité est restée similaire dans les deux groupes après 6 ans de paiement à la performance.

On ne note pas d'effet particulier selon que le groupe de patients ait été concerné par une incitation de type paiement à la performance (infarctus aigu du myocarde et pontage aortocoronarien) ou pas (insuffisance cardiaque congestive, pneumonie).

Au début de l'étude, la mortalité était similaire dans les deux groupes hôpitaux qui étaient considérés comme peu performants. Leurs taux de mortalité restent similaires à la fin de l'étude.

- Conclusions :

Les auteurs disent n'avoir trouvé aucune preuve que le plus important des programmes incitatifs de paiement à la performance ait conduit à une diminution du taux de mortalité à 30 jours. Ils préconisent donc de rester modestes quant à ce qu'on peut attendre de tels programmes.

Ce n'est pas la première fois que des études sérieuses aboutissent à ce type de conclusion³. Bien sûr les experts pourront nuancer. Les auteurs eux-mêmes le font dans les conclusions de leur article. De plus, malgré l'importance de ce

programme, le "*« Premier HQID » est un modèle de paiement à la performance parmi d'autres et ces résultats peuvent très bien ne pas être généralisables à toutes les politiques de rémunérations incitatives de ce type. Des modèles alternatifs qui mettent en œuvre des incitatifs plus diversifiés et qui visent plus explicitement les résultats médicaux pourraient être plus efficaces*"⁴. Il n'en demeure pas moins qu'en France comme aux USA, comme ils le disent "*nous n'avons toujours pas identifié le bon équilibre entre incitatifs et objectifs, celui qui nous garantira que le paiement à la performance améliore les choses en termes de résultats médicaux*"⁵.

Nous avons souvent souligné ici la difficulté que nous avons, en France, à concevoir et surtout à mettre en place des politiques incitatives adaptées et efficaces dans le domaine de la santé. A l'heure où beaucoup sont attirés par le paiement à la performance pour nos établissements, ces études sont donc importantes à connaître. L'expérience des autres, de ceux qui sont allés explorer ce type de politiques incitatives plus tôt que nous, doit nous être utile.

Au vu de ces résultats décevants par rapport aux espoirs suscités par ce mode de paiement deux questions de fond demeurent. Celle de la bonne conception de politiques incitatives d'une part, et, d'autre part, celle de la pertinence de retravailler l'approche ancienne qui distinguait ce qui est de l'ordre de l'incitation, ce qui est de l'ordre de l'évaluation ou de l'ordre du contrôle.

Vous avez dit "forfait" ?

Les habitudes en matière d'anesthésie, en matière de gastroentérologie sont très différentes entre le monde anglo-saxon et le nôtre. Cela n'empêche pas les expériences étrangères de nous aider à progresser.

Dans son dernier numéro, le JAMA⁶ nous propose un article intéressant sur l'évolution des pratiques américaines en matière d'endoscopies et de coloscopies entre 2003 et 2009⁷.

Comme partout les pratiques sont différentes selon les régions. Le nombre d'interventions reste stable pour Medicare mais augmente chez les patients couverts par une assurance commerciale. Mais dans les deux populations la proportion d'interventions sous anesthésie a augmenté pour passer de 14 % en 2003 à 30 % en 2009. Or, plus des deux tiers des patients anesthésiés étaient considérés comme des patients à faible risque. En conséquence la dépense occasionnée par des anesthésies en gastroentérologie a doublé chez Medicare et quadruplé dans les assurances commerciales.

Les auteurs concluent pourtant que le fait que les anesthésies sont pratiquées sur une proportion plus forte qu'on ne le pensait de patients à "faible risque" montre qu'une part importante des dépenses provient d'un choix de confort de la part du patient ("*discretionary*") et non de raisons médicales. En conséquence de substantielles économies leur paraissent possibles.

Le JAMA prolonge cette étude par un éditorial⁸. Ce qui est intéressant ce sont les conclusions tirées par l'auteur de l'analyse des causes de l'évolution entre

sédation (pratiquée par une infirmière sous le contrôle du gastroentérologue) et anesthésie (pratiquée par un anesthésiste). L'éditorialiste du JAMA distingue plusieurs causes à cette montée en puissance de l'anesthésie :

- l'anesthésie faciliterait un examen plus complet ;
- une proportion significative de patients préfère une anesthésie à une sédation ;
- l'anesthésie transfère la responsabilité de la sédation du gastroentérologue à l'anesthésiste ;
- les honoraires des gastroentérologues couvrent la sédation mais ne sont pas amputés lorsqu'il y a anesthésie et donc honoraires d'anesthésiste ;
- le propofol permet aussi d'aller plus vite et donc de faire plus de procédures dans la même vacation.

L'éditorialiste se pose donc la question de savoir ce qui peut justifier le remboursement des caisses d'assurance-maladie alors que, le plus souvent, il s'avère que l'anesthésie est faite sans nécessité médicale, pour des raisons de confort. Il souligne la prudence avec laquelle il faut aborder les changements qu'il souhaite. Pourtant, de substantielles économies sont possibles alors qu'on se trouve en face d'un accroissement des dépenses qui n'est plus tenable. Il souligne que, pour les réaliser, il faudra que les patients, les professionnels de santé et les établissements "*tiennent plus compte des conséquences financières de ce qu'ils entreprennent*".

Il suggère en conséquence un versement forfaitaire qui forcerait les endoscopistes, les anesthésistes et les infirmières à se mettre d'accord sur le partage de la valeur. Voilà qui donne à penser !

Non seulement le forfait du type GHM-GHS⁹ est intéressant car il crée un espace de liberté et d'innovation pour les professionnels supposés compétents et donc mieux à même que les nomenclatures détaillées de juger de l'optimum pour un patient donné.

Mais voilà que nous vient des USA une deuxième approche qui soulignerait l'intérêt d'une approche forfaitaire : les intervenants touchant un forfait, ce serait à eux de déterminer le partage des revenus générés par l'épisode de soins dont ils ont eu la responsabilité. En Allemagne, ce sont les médecins qui décident du prix des actes au sein de l'enveloppe nationale qui leur est allouée. Ici c'est l'équipe de prise en charge qui décide du partage de la valeur générée par elle.

L'auteur pense qu'un système de ce type inciterait aux bonnes pratiques. C'est bien le sujet pour nous tous : trouver des systèmes d'allocation qui soient incitatifs aux bonnes pratiques, des professionnels comme des structures. Une fois de plus, le pragmatisme anglo-saxon ouvre des portes.

Vers une réforme de fond en Angleterre ?

En Angleterre de profondes réformes du système de santé ont été mises en œuvre durant la période "Labour". Ces réformes ont été accompagnées par une augmentation des allocations de ressources correspondant à plusieurs points de PIB¹⁰. Le budget a doublé en valeur réelle et 300.000 personnes ont été embauchées. Les listes d'attente ont commencé à se réduire. Les professionnels, même ceux qui étaient très critiques au début du gouvernement Blair, étaient, à la fin, majoritairement très favorables à ce qui a été entrepris et considéraient, qu'au total, le système avait bénéficié de grandes améliorations. Plusieurs rapports, dont un rapport européen¹¹, allaient dans le même sens, parlant d'améliorations "*considérables*". La crise et le changement de gouvernement ont modifié la donne. David Cameron a proposé une réforme qui a soulevé tant de critiques qu'il a d'abord fait machine arrière. Amendée, cette réforme est à nouveau en cours de discussions au Parlement¹². Le projet de loi est impressionnant par sa taille et le nombre de sujets qu'il aborde. Les réformes de Tony Blair étaient déjà d'une ampleur inégalée (sauf peut-être au Canada quelques années avant...). Celle-ci est de même ampleur et, sur bien des points, contredit ce qui avait été fait, en particulier au niveau de l'administration du système.

Qu'on en juge, le Gouvernement présente ainsi sa réforme :

"Le projet de loi propose de créer un organisme indépendant du NHS¹³, de promouvoir la liberté de choix du patient et de réduire les coûts d'administration du NHS.

Les points clé du projet de loi sont les suivants :

- *établir un conseil d'administration indépendant du NHS chargé des autorisations et des allocations de ressources*
- *accroître les pouvoirs des médecins généralistes pour passer des commandes de soins au nom de leurs patients*
- *renforcer le rôle de la Care Quality Commission¹⁴*
- *développer Monitor, l'organisme qui régule actuellement les NHS foundation trusts, en faire un organisme de régulation économique consacré aux questions relatives à l'accessibilité et à la concurrence au sein du NHS*
- *réduire le nombre des organismes de santé afin de répondre à l'engagement du gouvernement visant à réduire d'un tiers les coûts administratifs du NHS, y compris par la disparition des Primary Care Trusts¹⁵ et des Strategic Health Authorities¹⁶,¹⁷*

Il est regrettable que les médias français ne s'y intéressent pas plus. Sans doute sont-ils rebutés par la complexité du texte en cours de discussion, sa dimension autant politique que technique. Il n'empêche, ce qui se passe en Angleterre est important pour nous tous.

L'Angleterre débat de la productivité du NHS

En Angleterre toujours, Le Lancet part en guerre contre ce qu'il appelle un "mythe" : celui de la baisse de la productivité du NHS durant la dernière décennie.

Son éditorialiste¹⁸ pense que la principale justification à la réforme que promet David Cameron se trouve dans un rapport du UK National Audit Office (NAO) paru en décembre 2010. Selon lui, ce rapport est fondé sur une analyse de l'Office for National Statistics qui a évalué la performance du NHS entre 2000 et 2009. Le rapport conclut que la productivité du NHS a baissé régulièrement de 0,4 % par an et que celle des hôpitaux a, elle, baissé de 1,4 % par an ! Alarmant en effet. En tout cas le Lancet y voit le fondement du coup d'arrêt dans la politique d'investissement massif dans le NHS qui était celle du gouvernement précédent. Du coup il fait place à un "point de vue"¹⁹ : celui de Nick Black de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Nick Black affirme que la notion de productivité du NHS fait l'objet d'une incompréhension fondamentale. Il fonde son argumentation très technique sur une sous-estimation des "outputs" (de la production) de l'ordre de 20 %, par non prise en compte des services "communautaires" par exemple, et par une sous-estimation des progrès mesurés dans la qualité de l'offre. Son argumentation est très technique et nous n'avons pas de connaissances suffisantes des règles de comptabilité nationale anglaise pour nous permettre d'émettre un avis fondé. Mais là n'est sans doute pas la question ici, aujourd'hui.

Nick Black se demande ensuite d'où provient ce "mythe". Il en voit quatre origines. L'une provient des partis politiques trop friands de mauvaises nouvelles. Face aux affirmations concernant les hausses de productivité du NHS, ce rapport, malgré les critiques dont il faisait l'objet de la part des spécialistes, a été reçu comme une aubaine par l'opposition. "Pour justifier les réformes que le parti conservateur voulait introduire, l'affirmation d'une baisse de productivité devenait nécessaire". La seconde raison est à rechercher dans le doute qui s'est emparé du Labour quant au bien fondé de la poursuite de la politique qu'il menait. La troisième raison tient à la difficulté de la prise en charge des dossiers techniques par la Parlement. Le manque d'expertise des élus les rend dépendants de l'avis de leurs attachés parlementaires et des quelques témoignages qu'ils peuvent glaner. La quatrième cause de l'établissement de ce mythe est à rechercher dans le retournement de la conjoncture avec l'arrivée de la crise. Dans la mesure où ce qui a été réalisé durant la dernière décennie n'aide pas à résoudre les problèmes actuels, on ne voyait plus l'intérêt qu'il y avait à défendre les réalisations passées. Cette argumentation est intéressante, mais elle ne vaut pour nous qu'en tant que sources de réflexions sur notre situation nationale.

Nick Black souligne que ce n'est ni la première fois ni la dernière fois que de tels mythes se répandent. Il en appelle à la vigilance et à l'argumentation. Il en appelle au développement d'estimations précises et concurrentes de la productivité du système de santé.

Là est sans doute la conclusion la plus significative pour nous. Nous soulignons souvent ici l'importance de cette double question de la mesure de la productivité dans le système de soins en général et dans le système hospitalier en particulier d'une part, de la connaissance des sources d'évolution d'autre part. On ne peut se contenter d'affirmer que la nôtre progresse mathématiquement puisque la production augmente en volume et que les prix sont au mieux stagnants depuis plusieurs années. C'est dans ce cadre que nous nous étions réjouis de la parution de l'étude de la DREES²⁰ il y a quinze jours²¹.

Il y a une petite dizaine d'années, un débat national avait eu lieu en Irlande pour savoir pour quelle raison toutes les activités de service voyaient leur productivité progresser à l'exception des services hospitaliers. Les Anglais débattent aujourd'hui de la productivité de leur NHS et de ses composantes. Leur débat est sans doute pollué par ses implications politiques. Au moins en débattent-ils. Même si ces débats se font sur des bases imparfaites, les Anglais ont des instruments de mesure, des études, des rapports, et les experts s'affrontent.

Ces mesures et ces débats, qu'il faut les plus techniques possibles, nous sont nécessaires. Contrairement à ce que l'on croit encore trop souvent chez nous, ils ne sont pas "sales". Bien au contraire, ils sont fondateurs. De ce point de vue les Anglais sont en avance sur nous et nous donnent un exemple à suivre. On se dit que, décidément, il est grand temps d'ouvrir ce chantier chez nous.

Mais on se dit aussi que parfois les chemins de traverse permettent de gagner du temps. Le désintérêt de la DHOS²² et de nos responsables politiques pour l'appel d'offres allemand lorsqu'ils voulaient bâtir leur système PMSI²³ a vraiment été une catastrophe. On imagine tout le parti que nous pourrions tirer d'un système commun franco-allemand. Les avantages éventuels du système australien pour lequel ils ont opté ne valaient pas que nos deux pays choisissent deux systèmes différents.

Le chantier est maintenant énorme. Mais l'unification à terme de nos nomenclatures des deux côtés du Rhin puis de proche en proche avec d'autres de nos partenaires européens serait un formidable outil de comparaison et de mesure des écarts. De façon simple il désignerait les points forts comme les points faibles de nos différents systèmes et aiderait autant à leur consolidation qu'à leur correction. Ce chantier là devrait lui aussi être ouvert d'urgence. Il viendrait conforter et nourrir celui consistant à nous doter d'outils d'évaluation de notre productivité.

¹ Ashish K. Jha, M.D., M.P.H., Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., E. John Orav, Ph.D., and Arnold M. Epstein, M.D. - *The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes* - New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmsa1112351 - This article

(10.1056/NEJMsa1112351) was published on March 28, 2012, and updated on March 29, 2012, at NEJM.org.

² En anglais : CABG, pour coronary artery bypass graft surgery

³ Parmi les plus récentes cf. nos chroniques 2011/12 du 28 mars 2011, 15 du 18 avril, 18 du 9 mai, 19 du 16 mai, 20 du 23 mai, 29 du 25 juillet qui évoquent le paiement à la performance des établissements, des médecins ou les systèmes de mesure de la performance.

- Cf. par exemple la note n° 9 de notre chronique 2011/19 du 16 mai 2011 :

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 al.- *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

- ou les notes n° 23 et 24 de notre chronique 2011/20 du 23 mai 2011

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 - avril 15, 2011 (<http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/>)

Cf. aussi notre mail UNHPC 11/248 du 24 avril 2011

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).

⁴ p. 9 de l'article du NEJM

⁵ Idem

⁶ JAMA : the Journal of the American medical association

⁷ Hangsheng Liu, PhD, Daniel A. Waxman, MD, Regan Main, BA, Soeren Mattke, MD, DSc - Original contribution : *Utilization of Anesthesia Services During Outpatient Endoscopies and Colonoscopies and Associated Spending in 2003-2009* - JAMA, March 21, 2012-Vol 307, No. 11, p. 1178

Cf. <http://jama.ama-assn.org/content/307/11/1178.abstract>

⁸ Lee A. Fleisher, MD - Editorial: *Assessing the Value of "Discretionary" Clinical Care - The Case of Anesthesia Services for Endoscopy* - JAMA, March 21, 2012-Vol 307, No. 11, p. 1200

Cf. <http://jama.ama-assn.org/content/307/11/1200>

⁹ GHM : Groupe homogène de maladies

- GHS : Groupe homogène de séjours
- ¹⁰ PIB : Produit intérieur brut
- ¹¹ The European Observatory on Health Systems and Policies - "United Kingdom (England) Health System Review"
Cf. mail UNHPC 11/180 : "Grande-Bretagne" du 27 mars 2011 ou <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits>
- Cf. l'analyse que nous en faisons dans notre chronique UNHPC 2011/12 du 28 mars 2011
- ¹² Health and Social Care Act 2012
Cf. <http://services.parliament.uk/bills/2010-11/healthandsocialcare.html>
- ¹³ NHS : National health service (système de santé public du Royaume-Uni)
- ¹⁴ Cf. <http://www.cqc.org.uk/>
Notre travail consiste à vérifier si les hôpitaux, les centres de soins et des services de santé respectent les normes gouvernementales.
Nous vérifions tous les hôpitaux en Angleterre afin de nous assurer qu'ils respectent les normes gouvernementales, et nous rendons publics nos résultats.
*"Our job is to check whether hospitals, care homes and care services are meeting government standards
We check all hospitals in England to ensure they are meeting government standards, and we share our findings with the public."*
- ¹⁵ Les Primary Care Trusts sont le lieu principal de l'important pouvoir des généralistes sur le système. Ils gèrent 80 % du budget du NHS. Leur disparition est prévue pour 2013.
- ¹⁶ Strategic Health Authorities : autorités régionales ayant la responsabilité du fonctionnement du NHS et de son activité
Cf. http://en.wikipedia.org/wiki/NHS_strategic_health_authority
- ¹⁷ Summary of the Bill
The Bill proposes to create an independent NHS Board, promote patient choice, and to reduce NHS administration costs.
Key areas:
- establishes an independent NHS Board to allocate resources and provide commissioning guidance
 - increases GPs' powers to commission services on behalf of their patients
 - strengthens the role of the Care Quality Commission
 - develops Monitor, the body that currently regulates NHS foundation trusts, into an economic regulator to oversee aspects of access and competition in the NHS
 - cuts the number of health bodies to help meet the Government's commitment to cut NHS administration costs by a third, including abolishing Primary Care Trusts and Strategic Health Authorities.
- ¹⁸ The Lancet - Editorial - Decreasing NHS productivity: urban myth - Vol 379 March 24, 2012 - www.thelancet.com
- ¹⁹ Nick Black - *Declining health-care productivity in England: the making of a myth* - The Lancet - Vol 379 March 24, 2012 - p. 1167
For Nick Black's analysis see Online/Viewpoint DOI:10.1016/S0140-6736(11)61782-0 - www.thelancet.com
- ²⁰ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ²¹ Malik Koubi, Annie Fenina - *Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé* - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) Série Etudes et Recherche - n° 118 - mars 2012 - 33 pages plus annexes
Cf. mail UNHPC 12/174 du vendredi 16 mars 2012 ou <http://www.sante.gouv.fr/le-partage-volume-prix-a-l-hopital-dans-les-comptes-nationaux-de-la-sante.html> et notre chronique UNHPC 12/11 du lundi 19 mars 2012
- ²² DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé
- ²³ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

Le temps des initiatives

***Devant la défaillance des politiques
il nous faut des hommes
et des femmes d'initiative
et de courage.
Il en est.***

Date de parution : lundi 9 avril 2012

Mots types : CNC - B. Couderc - V. Trillet-Lenoir - V. Izraël - Charte 2012-2017 - Joël Ménard - ALD 12 - Hypertension artérielle - Comité National de Radiothérapie - X. Bertrand - Le Bloc - J. Marty - Ph. Cuq - J. Vert - Dépassements d'honoraires - Anatomocytopathologie - Double lecture - Demande d'avis

Devant la faiblesse, sinon les défaillances des politiques et la pesanteur du système, il nous faut des hommes et des femmes lucides, d'initiative et de courage. Il en est. Cette semaine, comme souvent, nous en avons entendu ou vu plusieurs.

Présidence du CNC

Comme prévu par les statuts et le vote de son Bureau il y a deux ans, le Dr **Bernard Couderc**, notre Président, a accédé cette semaine à la présidence du **Conseil national de Cancérologie (CNC)**¹². On ne s'étonnera pas que nous nous en réjouissons tout particulièrement ici. Cette élection est en effet particulièrement significative.

Rappelons que le Conseil National de Cancérologie³ est né le 3 avril 2010 à l'initiative de la HAS⁴. Devant l'innombrable foisonnement des interlocuteurs, la HAS et son président, Laurent Degos, voulaient se simplifier la vie en réduisant ce nombre. Il n'y a rien là de choquant. Chacun sait que la loi de l'organisation c'est la loi du moindre effort et qu'une bonne organisation est moins "compliquée" qu'une autre... Par ailleurs, contrairement à d'autres pays, la France n'encadre pas la naissance des "sociétés savantes". L'idée de les rassembler sur la base des grandes pathologies n'était donc pas incongrue.

Le cancer posait pourtant quelques questions spécifiques dans la mesure où il était doté d'une institution censée rassembler tous les acteurs, l'INCa⁵. Son évolution vers une "Agence d'Etat", en lieu et place de la "maison commune des patients, des professionnels et des chercheurs" voulue par ses créateurs,

ouvrait pourtant à la réflexion proposée par la HAS. C'est donc pour répondre à l'initiative conjointe de la HAS et de l'INCa, et avec leur double approbation, que les professionnels de la cancérologie exclusive se sont rassemblés pour créer le Conseil National de Cancérologie.

Ses statuts ont suivi les recommandations de la HAS en prévoyant une parité public-privé, d'autant plus significative qu'en matière de cancérologie elle reflète la réalité des prises en charge. Les mandats étant de deux ans il y avait un vrai problème de continuité de l'action et de la représentation auprès des Pouvoirs Publics. Les membres fondateurs ont donc prévu une présidence tri-céphale à l'anglo-saxonne. Sans rien retirer aux prérogatives du Président en exercice, le Bureau bénéficie de la présence du dernier Président ("past président") mais aussi du prochain, qui est élu avec deux ans d'avance ("elected president"). La continuité est ainsi assurée.

Pour de bonnes raisons, le successeur du docteur Couderc, dans deux ans, n'a pas été élu la semaine dernière. Il le sera lors du prochain Bureau. Par ailleurs, toujours pour renforcer cette continuité dans l'action, une précédente Assemblée générale avait décidé de renforcer le rôle du Secrétaire Général. C'est l'occasion de souligner le rôle éminent, le savoir faire et le dévouement de celle qui est maintenant la "past président" du Conseil, le Pr **Véronique Trillet-Lenoir**. C'est à elle, première Présidente du Conseil, qu'il est revenu de fonder solidement ce nouvel édifice. Elle a su le faire grâce à sa très grande capacité de travail et à la confiance qu'elle a su susciter autour d'elle. Plus, à la demande de ses pairs, elle a accepté d'assumer, de fait, la charge de Secrétaire Général. Le Conseil en est renforcé. La poursuite de ce qui a été fait en matière de RMM et pour que la Fédération des spécialités médicales⁶ comprenne les enjeux de la cancérologie transversale est d'autant mieux assurée.

Le sujet de la représentation de la cancérologie au sein de la Fédération des spécialités médicales est un sujet difficile. Cette dernière est en effet tentée par une vieille conception de la médecine réduite à une approche "organe" ou "spécialité universitaire". Contrairement à l'intention de ses initiateurs, le Conseil n'est pas reconnu comme "Conseil National Professionnel" au sein de la Fédération et cette dernière, au contraire, incite à leur multiplication en cancérologie. Pour les rassembler, il est question d'y constituer un "comité thématique" cancer. L'anatomocytopathologie y est orpheline et son articulation claire au Conseil National de Cancérologie n'y a hélas pas été possible. La nomination par le Ministre de Véronique Trillet-Lenoir et de Bruno Chauvet⁷ à la Commission scientifique indépendante des médecins pour le DPC⁸ va heureusement dans le bon sens. Mais la transversalité, la pluridisciplinarité et l'articulation des cancérologues restent un combat, y compris au sein de la Fédération des spécialités médicales !

Mais revenons à la Présidence de Bernard Couderc.

Outre le fait qu'elle consacre une vie de dévouement professionnel en tant qu'oncologue radiothérapeute et en tant que "médecin entrepreneur", elle porte sens aussi parce que l'accession d'un libéral à la tête d'une grande organisation de ce type reste rare. On connaît le précédent de Laurent Jouffroy à la SFAR⁹

par exemple. C'est bien dans la vocation des PU-PH¹⁰ d'accéder à ce type de poste. C'est beaucoup plus difficile pour un libéral. C'est pourquoi ces nominations sont rares. Elles sont pourtant nécessaires et utiles à toute l'interprofession.

Pourquoi si peu de libéraux à ce type de poste ?

La nomination d'un libéral est difficile, car n'étant pas "naturelle", on exige plus d'eux, c'est humain.

Elle est difficile car leurs conditions de travail ne sont pas conçues pour faciliter ce type de mandat, dégager le temps nécessaire à leur exercice.

Elle est difficile car beaucoup de collègues libéraux ne comprennent pas ce type d'engagement collectif (combien de fois n'entendent-ils pas des remarques du type "*si ça t'amuse...*"¹¹) et sont d'autant plus exigeants sur le travail de leur collègue. Avez-vous remarqué que la plupart des responsables libéraux sont aussi les plus gros contributeurs en termes d'activité au sein de leur clinique ou de leur société professionnelle, de présence le mercredi ou le samedi, de prise en charge des fonctions communes (comptabilité, plannings...)?

Ces nominations sont difficiles car les Tutelles ne comprennent pas qu'à chaque fois qu'un libéral participe à une de leurs innombrables réunions, il se paye lui, ou ses collègues en "masse commune", ses frais de déplacement, le manque à gagner en termes d'activité, le prix du remplaçant... Combien de salariés accepteraient de payer ainsi de leur poche pour participer aux réunions organisées par les Tutelles ? De payer leurs frais de déplacement sans en être remboursé, de ne pas être payé ce jour là, de rembourser à leur patron l'intérimaire qui les remplace ?

Toutes ces raisons expliquent que nous ayons souvent eu l'occasion de saluer ici le dévouement admirable et l'immense capacité de travail des médecins libéraux qui assument ce type de responsabilités tout en signalant la vulnérabilité qui découle de la situation qui est la leur et en soulignant la reconnaissance que nous leur devons.

Le fait, comme c'est le cas ici, d'être élu par ses pairs de tous statuts, public, privé, espic, salariés et libéraux est un signe de légitimité forte et significative.

Il en faudra pour continuer à développer le CNC comme a su le faire Véronique Trillet-Lenoir. C'est sous sa présidence qu'a été élaboré et diffusé le guide méthodologique des Revues de morbidité (RMM) en cancérologie, qu'a été initié un travail médicopharmaceutique sur la gestion des risques dans les parcours de soins des patients en chimiothérapie. C'est Véronique Trillet-Lenoir qui a su convaincre la HAS et l'INCa de financer la constitution d'une équipe de travail au sein du Conseil et qui a su la constituer.

Comme le dit le communiqué du CNC, dans les années à venir, dans la continuité de ce qui a été entrepris et avec son Bureau, Bernard Couderc aura à affronter plusieurs défis dont certains sont anciens.

Il faudra œuvrer plus particulièrement au maintien du niveau de la qualification des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients, à une meilleure insertion des spécialistes d'organes compétents en can-

cérologie dans son organisation transversale, au soutien qu'exigent le développement de l'oncologie médicale, l'anatomocytopathologie ou les réseaux de cancérologie régionaux et territoriaux... Mais il faudra certainement aussi fédérer pour que les professionnels puissent prendre une part significative dans l'élaboration du nouveau Plan Cancer que nous promettent les principaux candidats. Sans compter ce que l'actualité imposera...

Grand merci donc pour tout ce qui a été fait et tous nos vœux à la nouvelle présidence !

Victor Izraël et le nouveau Plan Cancer

Les deux principaux candidats aux élections présidentielles nous promettent en effet un nouveau Plan Cancer. On ne peut qu'être surpris de la passivité des professionnels face à cette annonce. Il est loin le temps où le "Cercle des Cancérologues" qui réunissait quelques représentants de la cancérologie française de tous statuts prenait des initiatives, faisait des propositions, allait les exposer à chacun des candidats... Et aboutissait finalement à l'annonce du Plan Cancer 2003-2007 par le Président Chirac. Il est vrai que les enjeux de pouvoir et de captation d'argent public ainsi que le choix d'abandon de l'indépendance de la Fédération des Centres nous ont rendus incapables d'initiatives communes. On peut le regretter mais les faits sont là.

C'est dans ce contexte que l'initiative d'un homme, le Pr **Victor Izraël**, est intéressante et mérite toute notre attention. Après avoir hésité à se présenter aux élections présidentielles, il a fait le choix sans doute plus productif de rédiger une "**Charte 2012-2017 de lutte contre le cancer**"¹² et de faire, lui aussi, la tournée des candidats.

"En 2011, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine a été de 365 500, en progression de 60 % en vingt ans, de 12 % depuis 2005." Cela justifie un nouveau Plan Cancer.

Cette Charte "recouvre les quatre grands fronts de la guerre qui doit être conduite contre le cancer : l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des inégalités face au cancer ; la prise en charge psycho-socio-économique de la personne humaine ; la prévention et le dépistage précoce ; la recherche."

La Charte est ordonnée autour de 8 mesures :

- 1 Réduire la pénurie majeure de la France en cancérologues
- 2 Sauver l'anatomo-pathologie
- 3 Coordonner les soignants du cancer
- 4 Mettre à niveau le parc national des appareils d'IRM
- 5 Prendre en charge la personne humaine
- 6 Décentraliser la politique nationale de prévention et de dépistage précoce
- 7 Préserver les jeunes
- 8 Soutenir massivement la recherche

"Les huit mesures de la Charte ont été élaborées dans un esprit de moindre dépense tenant compte de la conjoncture et de la raison, et leur coût devrait être largement compensé par les économies qui en découleront en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité."

"Une Commission d'experts indépendants sera désignée pour contrôler la mise en application de cette Charte, et publiera un rapport semestriel sur son état d'avancement."

A la lecture de la Charte on se dit que si elle n'est pas parfaite, si elle comporte des manques (la recherche dans le privé et dans les CH...) elle constitue une bonne base de départ. Surtout, il apparaît tout de suite que son auteur n'est pas partisan et qu'il se place dans la perspective de l'intérêt général. Cela change beaucoup de choses.

On connaît le courage et l'opiniâtreté de Victor Izraël pour défendre l'oncologie médicale, les questions touchant à la démographie médicale... On en trouve la trace dans sa "Charte". On ne peut qu'approuver sa défense de l'anatomopathologie. Tout aussi clairement et courageusement il relève les mesures non appliquées concernant les libéraux.

Du bon travail qui souligne en creux ce que nous devrions être capables de faire collectivement, ce que nous devrions porter collectivement.

Victor Izraël contribue à nous réveiller. Sur ce plan-là aussi il a raison.

Pourquoi sa Charte ne constituerait-elle pas un premier document capable de nous rassembler. Pourquoi le Conseil National de la Cancérologie ne prendrait-il pas une initiative capable de nous faire de nouveau travailler ensemble pour élaborer des propositions communes ? S'il ne peut pas le faire, pourquoi quelques individus dotés de responsabilités diverses dans la cancérologie française ne prendraient-ils pas une initiative du type de ce qui avait marché il y a près de 10 ans avec le "Cercle des Cancérologues" ? On peut être reconnaissant à Victor Izraël d'être parti sans attendre, de nous bousculer, de nous amener à nous reposer ces questions... à prendre des initiatives.

Coup de colère de Joël Ménard

On se souvient du passage du Pr Joël Ménard à la DGS comme d'un moment privilégié. On se souvient qu'il a été l'auteur de la première circulaire hissant la concertation pluridisciplinaire au rang des bonnes pratiques en cancérologie et le bonheur du Président de l'UNHPC de l'époque, le Dr Pierre Cojan qui le demandait *"depuis plus de dix ans"*.

Joël Ménard¹³ reste capable d'indignation. Pas d'une indignation qui débouche sur le découragement ou la dérision à la mode. Pas non plus de ces indignations qui cachent hypocritement une défense d'intérêts bien précis¹⁴. Non, d'une indignation qui, à partir d'un retour au réel, pousse à l'imagination, à la prise de responsabilité. Ce genre d'homme *"for ever young"* (jeune pour toujours) comme dirait le poète Bob Dylan est rare et précieux. Leurs colères sont salutaires.

C'est donc avec intérêt, en ces temps moroses, qu'on lit la tribune libre qu'il a obtenue du Quotidien du Médecin du 2 avril dernier : "**Suppression des ALD : remettons les pendules à l'heure**"¹⁵. Passons sur la vindicte contre "*les Attali, Minc et Baverez*" qui bien souvent eux aussi nous remettent face au réel. En fait c'est la lecture d'un article du Monde, au demeurant fort bien fait, sur le déficit de la Sécurité Sociale, qui suscite "méfiance, indignation, révolte et propositions" chez Joël Ménard. "*Je tente de le faire depuis dix mois par l'alerte lancée pour dénoncer les mécanismes qui ont conduit par le décret du 23 juin 2011, sans solution de remplacement, à la suppression arbitraire de l'ALD 12 pour hypertension artérielle sévère (<http://www.automesure.com>).*" [...]

"La suppression de l'ALD 12 de l'hypertension artérielle sévère est une confusion entre un marqueur de gravité médicale et les phénomènes complexes d'accès facile aux soins indispensables." [...]

"Le titre du « Monde » du 23 mars 2012 est excellent : « À la Cour des comptes et chez les analystes, on s'inquiète de la gravité de la situation et du silence des politiques ». En réalité, on ne nous dit pas tout, comme dit l'humoriste, et l'envie d'être élu, qui devrait conduire à plus d'audaces, conduit à plus de frilosités. Quand on dit qu'on peut encore augmenter la qualité des soins, leur accessibilité et leur efficacité, cela veut dire faire encore mieux, sans que certains gagnent plus, tandis que certains profiteront moins. Alors se lèvent, comme le vent avant la tempête, les craintes de l'avenir et les égoïsmes.

Les murs de défense entre de multiples territoires professionnels s'érigent, du soin des malades aux assurances-maladies et aux mutuelles, d'une catégorie de soignants à une autre, de l'innovation à la production et à la dispensation des produits de santé¹⁶. Chacun compte ses sous, magnifie sa place sociale, profite individuellement d'une richesse collective qui s'évanouit, et pense que c'est aux autres de souffrir et pas à lui. La société se bloque par avance. En situation difficile, l'imagination doit prendre le pas sur la routine, la justice sur l'injustice, l'empathie sur le calcul, la rigueur sur la démagogie, l'action sur la théorisation. On peut obtenir que les hypertendus qui en ont réellement besoin soient tous dépistés, traités, et contrôlés, en coûtant, sur cinq années, deux fois moins cher à la solidarité nationale. On peut même le proposer comme un défi au prochain président, il n'y a pas que l'hypertension artérielle sévère qui soit concernée."

Et si c'était vrai ? !

Radiothérapie

Le **Comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie** a tenu la dernière réunion le 3 février dernier¹⁷.

A l'époque, devant la multitude des intervenants et leur difficulté à se coordonner, nous avons beaucoup œuvré pour que ce Comité existe. En décembre dernier, à l'unanimité, ses membres avaient souhaité sa prolongation. Tous pensaient que ce serait le cas. Finalement non, le Comité n'existerait plus. Des groupes de travail seraient créés en tant que de besoin, nous a-t-on dit le 3 février.

Les Présidents François Rocher (au nom du SNRO¹⁸) et Bernard Couderc (au nom de l'UNHPC) ont donc écrit au Ministre¹⁹ pour lui demander de pérenniser ce Comité National qui a fait la preuve de son utilité. **Xavier Bertrand** leur a répondu cette semaine²⁰.

"J'ai souhaité qu'un groupe de suivi soit mis en place afin d'assurer la continuité des actions entreprises.

La composition de ce groupe sera identique à celle du comité précédent et sa mission sera la même. Il s'agira de coordonner et d'assurer le suivi de la mesure 22 du Plan cancer 2009-2013²¹ en assurant la réorganisation de la radiothérapie et en évaluant les actions déjà entreprises dans cette spécialité.

Un certain nombre d'actions déjà identifiées devraient être menées par différentes commissions de travail.

Ce groupe se réunira sous forme plénière une fois par an et sera tenu de me rendre un rapport annuel."

Agnès Buzyn qui avait bien sûr eu la copie de la lettre au Ministre avait entre-temps répondu par mail en disant la même chose. Il ne reste plus qu'à recevoir le compte rendu de la réunion du 3 février dernier. Il nous était promis dans les 15 jours, mais ce retard permettra sans doute d'insérer la teneur de la réponse du Ministre. Tout le monde sauve l'honneur. Même s'il ne se réunit qu'une fois par an, le Comité national perdure. C'est ce que nous voulions.

C'est ce que nous voulions car l'expérience a prouvé que le fait de disposer d'un lieu où les très nombreux acteurs institutionnels et professionnels²² se retrouvent pour faire le point de l'avancement des travaux de chacun était utile à tous et facilitait les progrès de chacun. Disposer de ce lieu d'échange, d'information mutuelle, de confrontation, d'initiative où tous les acteurs sont impliqués et animés par une personne officiellement responsable de la bonne marche de l'ensemble était donc utile et nécessaire.

C'est chose faite.

Merci, Monsieur le Ministre !

Colloque du Bloc sur les dépassements

Le métier politique est un métier aussi difficile que rude. La critique est aisée, mais l'art est difficile. Il n'empêche, nous sommes manifestement au creux de la vague. En France, nous avons la chance d'échapper aux problèmes récurrents que connaissent les USA en matière de recrutement des élites pour le corps politique. Hélas, nous avons en ce moment un vrai problème, toutes tendances confondues. Cela est angoissant compte tenu de la difficulté de la période et des échéances qui s'approchent²³. Nous en avons eu une illustration de plus cette semaine sur un sujet significatif de notre avenir.

Le Bloc²⁴ organisait ce vendredi 6 avril, au Sénat, un colloque sur le thème **"Dépassements d'honoraires et tarifs opposables : analyse et propositions"**²⁵.

Initiative nécessaire, courageuse, mais qui valu au Bloc pas mal de changements de programme. C'est ainsi que ce Colloque devait permettre d'écouter Pierre-Louis Bras, Rapporteur principal du rapport IGAS²⁶ sur la CCAM²⁷. Hélas ce rapport reste à ce jour bloqué, son auteur n'est donc pas venu.

L'ouverture a été faite par des exposés des Présidents Jean Marty²⁸ et Philippe Cuq²⁹ et du secrétaire général Jérôme Vert³⁰. Exposés factuels, chiffrés situant les problèmes et les enjeux, l'urgence qu'il y a à agir. Ce qui ressortait de nouveau c'était surtout la confusion qui s'étend entre les partenaires des plateaux techniques puisque de plus en plus les dépassements contribuent maintenant aussi à payer l'innovation, ou ce que nos Tutelles considèrent comme ça en retardant des prises en charges devenues ailleurs classiques pour ne pas dire standards. Très au-delà des honoraires, ces dépassements payent donc d'autres vides au niveau de la CCAM comme des GHS³¹ ou de la liste en sus.

L'exposé du Dr Patrick Romestaing³² a été, lui, assez surprenant. Après avoir rappelé qu'il avait œuvré en tant que syndicaliste pour la mise en place du secteur 2, contrairement aux "syndicalistes" présents, il n'a pris aucun recul critique. Très surprenant pour un représentant du CNOM³³, choquant pour une part de l'auditoire qui, à d'autres moments du colloque, a tenu à rappeler l'opposition des syndicats médicaux et une certaine manifestation sur le Pont Alexandre III...

Le Bloc a ensuite demandé à un certain nombre d'experts de contribuer à un état des lieux. C'est ainsi que Jean-Marc Macé³⁴ donna un éclairage sur les impacts sur la démographie et les spécialités, Cécile Blein³⁵ sur les honoraires, les revenus et les charges, la variabilité des pratiques, Jacques Bichot³⁶ sur les relations entre honoraires et coût de la santé, Rémi Pellet³⁷ sur les relations conventionnelles et le combat "*absurde*", coûteux et sans fin Etat-Sécurité sociale. Exposés intéressants, factuels et complémentaires, même si certaines recherches demandaient à être approfondies.

Pour finir, le Bloc organisait un débat avec deux représentants des complémentaires (Laurent Borella³⁸ et Jean-Martin Cohen-Solal³⁹) et deux représentants des candidats à l'élection présidentielle qui avaient accepté de venir.

Deux députées pour représenter deux candidats, Nicolas Sarkozy d'une part, François Hollande d'autre part.

Sauf à commenter l'actualité récente, les représentants des complémentaires, n'avaient pas grand-chose à dire compte tenu de l'incertitude législative et réglementaire actuelle, comme l'a souligné Laurent Borella. On peut comprendre.

Mais la catastrophe, ce furent les interventions et le débat avec les politiques. Rien, ou plutôt si, une confusion complète. On aurait pu comprendre une certaine prudence compte tenu de la période. On était en face d'une incompétence coupable. Nous avons pourtant eu droit à des leçons. Pour beaucoup des auditeurs, on était surtout en face d'une inquiétante fuite devant les responsabilités. Par charité nous ne les nommerons donc pas ces deux députées. Discours manipulateur d'un côté, grognement sectaire de l'autre. A droite on nous explique que la médecine libérale n'a plus rien de libérale, que "*le mot « libéral » ne veut plus rien dire*", mais qu'il faut pourtant respecter le jeu conventionnel. Passer en force par le législatif, "*ça ne marche pas*" sauf "*si on veut que l'Etat se mêle de tout et si on ne veut plus de la Convention*". "*C'est ce que vous voulez ?*" A gauche, on confirme de la tête. Lorsqu'on leur parle de la CCAM bloquée, des inégalités, de la confusion qui s'établit dans les champs de rémunération, de l'accessibilité, de l'évolution des charges, de l'innovation, la salle se désespère devant le fait que ces "spécialistes" ne connaissent manifestement pas leur dossier et n'ont pas pris la peine de l'étudier en venant.

Lorsqu'on leur souligne, qu'en plus, ce système de rémunération est mortifère pour la médecine libérale comme il l'a été pour toutes les professions payées sur fond public qui s'auto-allouent leurs revenus et que, de surcroît, il est corrupteur pour toute la médecine en transformant le colloque singulier en lieux de discussion commerciale inégale... Elles ne "*comprennent pas*" et le disent. Devant l'insistance de la salle, l'une part sur mille autres sujets, l'autre grommelle que ce n'est pas le même métier et que ce ne sont pas les mêmes patients. Lorsque, dans ce contexte, la question de l'avenir de la médecine libérale est à nouveau posée, la représentante de la "droite" redit qu'elle n'existe plus. La salle lui demande alors ce qu'elle attend pour l'officialiser et "*nous nationaliser*". Elle bafouille. L'autre, la représentante de la "gauche" ne comprend pas pourquoi on lie cette affaire aux questions d'accessibilité, de cohérence et d'efficacité dans l'emploi des financements publics. L'incompréhension est totale⁴⁰.

Exaspérant, inquiétant et grave... Que dire d'autre, hélas ?

Demande d'avis en anatomocytopathologie

Une fois de plus, les pathologistes sont choqués par l'amalgame qui est fait entre "second avis" et "relecture systématique".

Il s'agit cette fois-ci du **rapport d'activité 2010-2011 du Réseau de référence en pathologie des sarcomes des tissus mous et des viscères (RRePS)** qui a été présenté à l'INCa lors d'une réunion qui s'est tenue le 27 mars 2012.

Nous évoquons souvent ce problème. Le scandale de la non-reconnaissance du **second avis** demandé depuis des années par les pathologistes. La volonté de l'INCa d'imposer une **relecture systématique**. Le risque que cette exigence se traduise par une déqualification générale des pathologistes...

Le 4 avril dernier, le Dr Michel Guiu, Président du SMPF⁴¹ a donc écrit au Pr Jean-Michel Coindre pour protester contre l'amalgame qu'on retrouve une fois de plus dans ce rapport.

"Ce rapport, présentant des chiffres de discordance diagnostique de façon biaisée, est tendancieux, voire diffamatoire. Il n'a pas pris en compte les avis critiques émis par le CNPath42, l'AFAQAP43 et le SMPF, lors de la publication du précédent rapport en 2010.

Le SMPF prend acte de la bonne participation de l'ensemble des Pathologistes Français mais conteste formellement les chiffres de discordance diagnostique tels qu'ils sont présentés dans la diapositive 19 (« RRePS-Discordances majeures »).

- « Discordances globales pour les avis : 25, 7 %
- Discordances globales pour les relectures : 8,2 % »

S'il peut sembler utile, sous couvert de vérifications rigoureuses, de présenter les discordances globales dans le cadre des relectures systématiques (diagnostic du pathologiste référent « contre » diagnostic du pathologiste initial), il est en revanche illégitime de parler de discordance diagnostique dans le cadre des demandes d'avis.

Une demande d'avis est une démarche volontaire et spontanée du pathologiste, qui, ne s'estimant pas suffisamment spécialisé dans un domaine particulier, communique le dossier au pathologiste référent de son choix sans avoir, par définition, porté de diagnostic (même s'il peut, le cas échéant, proposer une ou souvent plusieurs hypothèses, ou exprimer des doutes). Il est donc stérile de parler de « discordance diagnostique » dans ce cadre, sauf à vouloir dénigrer les pathologistes qui demandent un avis. Quant aux « discordances pour relectures », il est difficile d'affirmer que, dans certains cas, les dossiers n'auraient pas été également adressés pour second avis."

Tout est dit, même si un certain nombre d'arguments supplémentaires viennent, dans la lettre, renforcer ces précisions de bon sens.

En conséquence, "le SMPF réclame donc la suppression pure et simple de toute référence à une quelconque discordance diagnostique dans le cadre de la demande d'avis.

Il demande à tous les acteurs du « réseau sarcome » ainsi qu'aux associations « satellites » et à toutes les associations constitutives du CNPATH, d'exiger le respect de l'éthique scientifique et de ne pas cautionner ce type d'amalgame qui discrédite l'ensemble de la profession, auprès de nos instances, de nos interlocuteurs cliniciens et, bien sûr, des patients."

Comment, une fois de plus, ne pas faire connaître et soutenir ardemment l'important combat des pathologistes pour la qualité, pour leur qualification et pour une meilleure organisation de leur profession par les Tutelles ?

¹ Objet (extrait des statuts du Conseil national de cancérologie)

Cette association 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 (formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles...)
- les référentiels métiers
- la participation au recensement des professions concernées (démographie, localisation d'exercice, inventaire des ressources, ...)
- 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
- toute action permettant d'améliorer la prise en charge de la pathologie cancéreuse.

Membres du CNC :

AFSOS - Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support
 CNEC - Collège National des Enseignants en Cancérologie
 FFCLCC - Fédération Française des Centres de Lutte Contre le Cancer
 FFOM - Fédération Française des Oncologues Médicaux
 FNCHP - Fédération Nationale de Cancérologie de l'Hospitalisation Publique
 SFC - Société Française du Cancer
 SFCO - Société Française de Chirurgie Oncologique
 SFCP - Société Française de Cancérologie Privée
 SFH - Société Française d'Hématologie
 SFOM - Syndicat Français des Oncologues Médicaux
 SFRO - Société Française de Radiothérapie Oncologique
 SNRO - Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues
 UNHPC - Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie

Membres associés :

ACORESCA - Association des Coordonateurs de Réseaux de Cancérologie
 AFIC - Association Française des Infirmières en Cancérologie.
 CNPath - Conseil National des Pathologistes
 SFCE - Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent

SFPO - Société Française de Pharmacie Oncologique
 SoFOG - Société Francophone d'Onco-Gériatrie

- ² Oncologue radiothérapeute, le Docteur Couderc est le président de l'Union Nationale de l'Hospitalisation Privée de Cancérologie (UNHPC) qu'il représente au CNC. Fondateur du Centre de radiothérapie et d'oncologie de Tarbes, il a jusqu'à très récemment présidé la Polyclinique de l'Ormeau. Il préside ONCOMIP, le réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées. Il est membre du Conseil d'Administration de l'Institut National du Cancer (INCa) et de la Ligue Nationale Contre le Cancer.
- ³ Site Internet du CNC : <http://www.conseilnationalcancerologie.fr/>
- ⁴ HAS : Haute autorité de santé
- ⁵ INCa : Institut national du cancer
- ⁶ Site Internet de la FSM : <http://www.specialitesmedicales.org/>
- ⁷ Bruno Chauvet est l'actuel Président de la SFRO (Société française de radiothérapie oncologique)
- ⁸ Arrêté du 16 mars 2012 portant nomination à la commission scientifique indépendante des médecins - JORF n° 0069 du 21 mars 2012 page 5139 - NOR : ETSH1208098A
Pr Véronique Trillet-Lenoir, Conseil national professionnel d'oncologie médicale, membre titulaire.
Dr Bruno Chauvet, Conseil national professionnel d'oncologie radiothérapie, membre suppléant.
- ⁹ SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation
- ¹⁰ PUPH : Professeur d'université - Praticien hospitalier
- ¹¹ Nous ne sommes pas les seuls à nommer ainsi les engagements professionnels que nous ne voulons pas prendre. Cf. François Mitterrand disant la même chose à Michel Rocard à propos d'un dossier que ce dernier considérait comme important. Le souvenir en a été si cuisant que Michel Rocard en a fait le titre d'un livre : Michel Rocard - "Si ça vous amuse" - *Chronique de mes faits et méfaits* - Flammarion - Novembre 2010
- ¹² Cf. mail UNHPC 12/244 du 9 avril 2012
- ¹³ Actuellement Joël Ménard est Professeur Emérite de Santé Publique, à la Faculté de Médecine Paris-Descartes
- ¹⁴ Cf. ci-dessous note 40 au sujet de l'article plaidoyer de Michaël Peyromaure sur le secteur privé à l'hôpital
- ¹⁵ Joël Ménard - Tribune libre - *Suppression des ALD : remettons les pendules à l'heure !* - Le Quotidien du Médecin du 02/04/2012
- ¹⁶ « *Médecine de la mémoire, mémoire de médecin* », par Joël Ménard. Éditions Solal, 2012.
- ¹⁷ Le Comité avait été créé par l'Arrêté du 8 juillet 2008 portant création d'un comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie - JO du 8 octobre 2008 NOR: SJSC0817759A
Article 1 : Il est constitué auprès de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, un comité national d'étude et de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie.
Ce comité est chargé d'orienter et d'animer la mise en place des mesures décidées pour le renforcement de la qualité et de la sécurité de la radiothérapie oncologique et d'y proposer des compléments, au besoin.
Il a également pour tâche, dans le contexte de la réglementation relative à l'activité de soins de traitement du cancer et de l'application des mesures nationales, de mettre en évidence les principes fondamentaux et les axes prioritaires d'action que les acteurs doivent retenir pour réaliser, à moyen terme, la mise en cohérence des orientations stratégiques et des moyens des centres de radiothérapie. A cet égard, il remettra à la ministre au moins un rapport d'étape, au mois d'octobre 2008.
Sa mission prend fin au plus tard le 31 décembre 2011. Il remet un rapport final présentant notamment l'évaluation de la mise en œuvre des mesures nationales.
- ¹⁸ SNRO : Syndicat national des radiothérapeutes-oncologues
- ¹⁹ Lettre à Monsieur Xavier Bertrand, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, en date du 27 mars 2012

- ²⁰ Réponse de Monsieur Xavier Bertrand en date du 6 avril 2012, Ref. : XB/CT/FD/D.12003873U8
- ²¹ Mesure 22 du Plan Cancer 2009-2012 : Soutenir la radiothérapie.
- 22.1 Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés
- 22.2 Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.
- 22.3 Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications.
- ²² Sont membres du Comité National, par leur Président ou Directeur : l'INCa, la DGS, la DGOS, l'ASN (Autorité de sûreté nucléaire), l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé), la HAS (Haute Autorité de santé), la SFRO (Société française de radiothérapie oncologique), le CISS (Collectif interassociatif sur la santé), la SFPM (Société française de physique médicale) + 3 personnalités qualifiées (Arrêté du 9 octobre 2008)
- Le Président de l'INCa est Président du Comité.
- Outres les membres officiels du Comité, participent aux réunions du Conseil et aux groupes de travail l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), l'INSTN (Institut national des sciences et techniques nucléaires), l'IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire), la FHF (Fédération hospitalière de France), la FNCLCC (Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer), l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), l'UNHPC (Union nationale hospitalière privée de cancérologie)
- ²³ La presse commence à s'inquiéter du phénomène car il touche les problèmes les plus importants du pays.
- A titre d'illustration, cf. deux exemples pris dans la presse dite "sérieuse" :
- Le Monde dans son éditorial du 8 avril
"En 2007, c'est l'endettement du pays qui avait été ignoré par les deux principaux candidats, en dépit des mises en garde du troisième (François Bayrou). Les rêves immédiats avaient balayé les risques alors jugés lointains et dont on mesure trop bien aujourd'hui combien ils étaient imminents.
[...] Aujourd'hui, c'est l'écologie - pour simplifier, la préservation des ressources d'une planète vivante et vivable...
[...] Pendant ce temps, que font les candidats à l'élection présidentielle ? Exactement ce que déplorait le président Chirac, il y a dix ans, au Sommet de la Terre de Johannesburg : « Notre maison brûle et nous regardons ailleurs »"
 Editorial - *La planète brûle, et ils regardent ailleurs* - Le Monde du 8 avril 2012, p. 1
 - Ou le numéro de l'hebdomadaire "The Economist" du 31 mars
"By ignoring their country's economic problems, France's politicians are making it far harder to tackle them"
 En ignorant les problèmes économiques de leur pays, les politiciens de la France font qu'il sera beaucoup plus difficile de s'y attaquer.
France's future - A country in denial - The Economist - March 31st 2012 - <http://www.economist.com/node/21551478>
- La une de l'hebdomadaire reproduit "Le Déjeuner sur l'herbe" de Manet, en remplaçant les têtes des deux hommes du tableau par celles de François Hollande et de Nicolas Sarkozy, sous un grand titre "*France in denial - The West's most frivolous election*" : la France dans le déni, l'élection la plus frivole des pays de l'Ouest.
- Quant à la page de débat sur les élections françaises sur le site de l'hebdomadaire, elle est placée sous le titre : "*This house believes that the political class is failing France*" : cette maison pense que la classe politique met la France en échec.
<http://www.economist.com/debate/debates/overview/226>
- ²⁴ Le syndicat Le Bloc est composé du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) et de l'Union des chirurgiens de France (UCDF), et de l'Association des anesthésiologistes libéraux (AAL).
- Cf. : <http://www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org/>

²⁵ L'enregistrement vidéo du colloque est disponible sur : <http://www.ucdf.net/index.php?mod=3&do=view&id=1095>

²⁶ IGAS : Inspection générale des affaires sociales

²⁷ CCAM : Classification commune des actes médicaux

²⁸ Président du Syndicat national des gynécologues-obstétriciens français (SYNGOF)

²⁹ Président de l'Union nationale des chirurgiens de France (UCDF)

³⁰ Secrétaire général de l'Association des anesthésiologistes libéraux (AAL)

³¹ GHS : Groupe homogène de séjours (tarif des établissements de santé)

³² Président de la section santé publique et démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

³³ CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

³⁴ Docteur en géographie de la santé, Professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

³⁵ Société Heva

³⁶ Economiste, professeur émérite à l'Université Lyon III

³⁷ Avocat au barreau de Paris, ancien rapporteur à la Cour des comptes

³⁸ Directeur Santé Malakoff Médéric

³⁹ Directeur général de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

⁴⁰ Le Monde publie cette semaine un plaidoyer assez stupéfiant pour le "secteur privé à l'hôpital". Il est rédigé par Michaël Peyromaure, professeur d'urologie à l'hôpital Cochin Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP). En fait, pour un esprit "réaliste et responsable", il n'y a sans doute pas de meilleur plaidoyer... pour la réforme de l'hôpital et la suppression de son secteur privé ! Extraits :

"Délais sont plus courts en privé qu'en public. Cela n'est vrai que pour les consultations classiques, pas pour les urgences. Rien n'empêche de s'adresser à l'un de ses assistants. Ce n'est pas en supprimant l'activité privée que les délais de consultations publiques seront raccourcis.

Le secteur privé permet d'élargir l'offre de soins. Qui pourra consulter à l'hôpital après 17 heures ?

Seulement 10 % des praticiens du secteur public exercent une activité privée. Le nombre de personnes concernées dans la population générale reste donc très limité.

Ceux qui prônent la suppression sont sans doute de bonne foi, mais un peu trop naïfs, voire irresponsables. Car une telle mesure aurait des conséquences désastreuses.

Premièrement, un certain nombre de professeurs partiraient s'installer dans des établissements privés ou à l'étranger L'hôpital perdrait une part de son activité, et surtout son prestige, qui repose en grande partie sur les "pontes".

Deuxièmement, l'hôpital serait privé de ressources financières dont il a grand besoin. A l'heure où tant d'hôpitaux croulent sous les déficits, ces recettes sont très utiles sinon salutaires.

Le secteur privé à l'hôpital est surtout une nécessité sociale. Car plutôt que d'accroître les inégalités, il crée une mixité sociale. C'est ainsi que se côtoient dans un même service des malades issus de tous les milieux sociaux..

Les abus concernant le secteur privé à l'hôpital sont minoritaires. Il faut bien sûr les condamner et faire respecter les règles du jeu. Mais ils ne justifient pas que l'on remette en cause un système qui a permis de garder les sommités à l'hôpital. Le secteur privé est non seulement un atout pour l'hôpital public, mais également un rempart contre la médecine à deux vitesses."

Michaël Peyromaure - Idées : *Le secteur privé est un atout pour l'hôpital public* - Le Monde du 5 avril 2012

⁴¹ SMPF : Syndicat des médecins pathologistes français

⁴² CNPath : Conseil national professionnel des pathologistes

⁴³ AFAQAP : Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques

Un article et quatre publications

Dans l'avalanche des articles, rapports, évaluations, guides qui paraissent en plus de la réglementation protéiforme, il en est de plus importants que d'autres...

Date de parution : lundi 16 avril 2012

Mots types : Dépassements d'honoraires - Le Monde - MECSS - Auditions - Financement des établissements - Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé - Plan Cancer - Evaluation - HCSP - Mi-parcours - HAS - Guide - Gestion des risques

Le Monde Economie
La présidentielle française divise l'Europe
Supplément

Le Monde

Mercredi 11 avril 2012 - 68^e année - N°20909 - 1,50 € - France métropolitaine - www.lemonde.fr

Fondateur : Hubert Beuve-Méry - Directeur : Erik Izraelvitz

Opération vérité sur les tarifs médicaux

■ « Le Monde » a « aspiré » les données de l'assurance-maladie pour révéler les dépassements d'honoraires

■ La rédaction a passé au crible 15 500 fiches de médecins de toute la France. Un procédé légal

■ 45 % des médecins parisiens facturent la consultation plus cher que le tarif de la « Sécu »

■ Les praticiens les plus chers sont tous attachés à un hôpital de la capitale et cumulent les revenus

■ A Marseille ou à Montpellier, près de 90 % des médecins respectent les tarifs

L'ampleur des dépassements d'honoraires perçus par les médecins restait un mystère. L'enquête du Monde permet, pour la première fois, de chiffrer le montant des tarifs médicaux réellement pratiqués dans les dix plus grandes

villes françaises. À Paris, 45 % des médecins demandent des honoraires supérieurs à la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les consultations. En moyenne, les patients parisiens doivent ainsi déboursier 15 euros de plus.

Pour obtenir ces résultats, la rédaction du Monde a exploité les données du site Ameli direct.fr, géré par l'assurance-maladie. En appliquant les méthodes du « journalisme de données », nous avons « aspiré », grâce à un outil informatique,

15 500 fiches de médecins afin de faire apparaître leurs tarifs. Le procédé, légal, montre qu'un nombre important de praticiens ne respectent pas la prise en compte du niveau de revenus de leurs patients. ■ Lire pages 10-11

L'infirmière Nathalie Thiriet visite chaque jour des dizaines de patients. Reportage à Senaux sur un « métier de cœur ». P. 16
Tous Fichés 20 millions de Français possèdent, souvent sans le savoir, un dossier pharmaceutique. Utile et gratuit. P. 24

Eh bien voilà !

5 colonnes à la une du Monde du mercredi 11 avril 2012 pour les dépassements d'honoraires ! En pleine campagne électorale, alors que la pauvreté s'étend, que les marchés bougent et annoncent un probable relèvement du taux d'intérêt de la dette, que la Syrie flambe, que le Soudan repart pour de nouveaux massacres... Et, pour appuyer, en une, toujours, un éditorial intitulé "*Les honoraires s'emballent, les soins trinquent*", plus, à l'intérieur, une pleine page et demie avec infographie !

On savait que les choses s'accéléraient, que l'incendie devenait non maîtrisable, qu'on allait s'écraser sur le mur, mais voilà un élément de confirmation. 5 colonnes à la une du Monde ! On n'est plus dans "*Que Choisir*" ou dans "*60 millions de consommateurs*". On n'est plus non plus dans un article d'éco-

nomiste s'étonnant que ce type d'incongruité puisse encore exister. On est dans un journal souvent considéré comme un journal de référence au plan national comme au plan international. Ne nous voilons pas la face. Quelle que soit notre opinion sur ce journal, il s'agit, pour nous, soignants, mais aussi pour les responsables politiques, d'un événement majeur, d'un avertissement solennel.

On pourrait se demander une fois de plus : mais comment a-t-on pu en arriver là ? Comment a-t-on fait pour tomber si bas ? On pourrait aussi se demander comment est-ce possible que l'addiction soit maintenant si profonde que même un journal réputé s'adressant à un public plutôt intellectuel, donc sensé réfléchir, en reste à la superficie des "abus" et ne signale pas que le fond du problème est bien pire. Pourquoi Le Monde n'explique-t-il pas, en effet, que ce système d'allocation de ressources remet en cause non seulement les fondements de notre système mais aussi les fondements de la médecine ?

Mais il vaut mieux positiver.

Il paraît que les politiques lisent beaucoup Le Monde.

On sait aussi que dans notre pays à la population âgée, on ne peut gagner une élection qu'en promettant que rien ne bougera, en esquivant tous les vrais problèmes. Soit.

Il est des problèmes plus fondamentaux pour l'avenir du pays. Bien sûr.

Mais la question est majeure pour l'avenir de notre système de santé d'une part, pour l'avenir de la médecine d'autre part.

Messieurs, Mesdames les politiques, prenez enfin vos responsabilités ! Ce qui a été vrai reste vrai : plus vous tarderez plus ce sera difficile.

Par peur des responsabilités, s'il vous plaît, arrêtez de dégrader le système et de dénaturer la médecine !

Aujourd'hui comme hier, la médecine n'est ni un commerce ni une administration.

Délivrez nos colloques singuliers du commerce inégal que vous y avez introduit. N'écoutez pas les mauvais conseillers qui vous font croire que de nouvelles normes vont régler la question des "abus" et que tout ira bien. Non, vous ne feriez que jeter un voile sur des pratiques qui resteront mortifères et qui continueront à s'emballer. Le marché en médecine ça ne marche pas et ça coûte horriblement cher. L'administration de la médecine ça marche encore moins et ça coûte aussi extrêmement cher. Nous ne pourrons plus payer.

Il faut être cohérent avec les valeurs que vous proclamez. Est-ce si difficile ?

Il faut l'être tout en donnant au système la possibilité d'être plus "performant" puisque c'est le terme que, derrière l'OMS², vous avez choisi d'adopter.

Elus de droite : ne pensez pas plus longtemps vous constituer un électorat fidèle et actif en le flattant à coup de perversités suicidaires. Avec le pays, vous le paieriez très cher.

Elus de gauche, ne pensez pas plus longtemps que la cupidité est le signe distinctif des libéraux, cessez de faire des différences sectaires entre le public et le privé. Nous faisons le même métier dans des environnements juridiques dif-

férents. Faire croire à nouveau le contraire coûterait très cher au pays comme à vous-même.

Elus de droite comme de gauche : n'oubliez pas que c'est vous qui fixez les règles. Les citoyens le savent. Cessez de nous accuser de pratiquer selon vos règles ou de faire croire que la question est que nous abusons de ce que vous avez organisé alors que la question est de s'organiser autrement, de trouver les voies de l'efficacité dans le respect des valeurs de la République comme de nos métiers. En l'occurrence ce n'est pas très compliqué à imaginer. C'est la lucidité et la volonté qui manquent. Il y a urgence à les retrouver. Ce sont des valeurs éminemment politiques. C'est pour cela que nous votons pour vous.

La gauche et la droite ont chacun leurs charismes pour mener des politiques efficaces du point de vue de l'intérêt général. Le défi est majeur et significatif : il s'agit de la santé de la population dont vous avez la charge, de l'avenir des métiers qui s'y consacrent. Le pays comme nos professions, ont un urgent besoin que vous assumiez vos responsabilités en termes de niveau de rémunération en médecine et de reste à charge pour les patients, de panier de soins et de niveau de solidarité !

L'épisode du Monde le montre : il est tard. Certes. Mais il n'est jamais trop tard. Au contraire, il est urgent d'agir. Quelles que soient les difficultés, vous en rencontrerez de plus grandes, c'est l'honneur de la politique d'affirmer : "*il est temps !*"

Après les élections, il faut s'y mettre, vite.

La MECSS³ auditionne sur la T2A

La T2A⁴ est curieusement encore contestée, en 2012, dans son principe : le fait d'être payé pour ce que l'on fait ne serait pas possible, voir pas souhaitable pour les activités médicales. Il vaudrait mieux une dotation !

On la charge encore parfois, la T2A, de tous les maux.

On accuse les établissements privés - pourquoi eux seuls ? -, de privilégier les "*pathologies rentables*" sans se demander si ce n'est pas le rôle de l'Etat, justement, de mieux rémunérer certaines pathologies que d'autres et, si c'est le cas, si ça n'est pas un signe de réussite de la politique de l'Etat ? Si l'Etat se trompe, alors c'est à lui qu'il faut le dire. A moins que ce ne soit le hasard, alors c'est l'incurie de l'Etat qu'il faudrait incriminer.

Bref ces débats semblent un peu surréalistes, surtout à un moment où la question de la productivité du système est quand même la question centrale. Car enfin, si l'on doit demain mettre en place un plan de redressement comparable à ceux de l'Italie et l'Espagne par exemple, c'est 10 à 15 milliards qui vont manquer dans des délais courts à notre système de santé. On cherche ceux qui travaillent à cette hypothèse pour trouver néanmoins les moyens de garantir l'accessibilité et la qualité des soins. La HAS⁵ ? L'ANAP⁶ ? La DGOS⁷ ? Nul ne sait. Et pourtant. Le pire n'est pas certain, mais l'hypothèse n'est pas nulle et on aimerait bien que le dossier soit préparé.

Mais revenons à la T2A. Depuis sa reconstitution à la suite du renouvellement du Sénat, la MECSS procède à des auditions sur le thème du "**financement des établissements de santé**"⁸. Le compte rendu de ces auditions est tout à la fois passionnant et instructif. Il l'est par les exposés qui sont faits. Mais il l'est aussi par les questions posées par les sénateurs. Ces questions en disent beaucoup sur la connaissance qu'ils ont du sujet, sur les priorités qui sont les leurs, sur le rôle que veut ou que peut se donner le Parlement en matière d'établissement des règles d'une régulation économique efficiente de notre système de santé.

C'est sur ces questions des sénateurs, lors de leurs auditions, que nous nous arrêterons ici aujourd'hui.

Les séances sont introduites par des questions auxquelles on s'attend, sur l'évolution, les résultats, les améliorations attendues du système de tarification.

On est par contre surpris par le très grand nombre de questions que l'on pourrait dire de détail, au moins dans la façon dont elles sont posées, de questions souvent très techniques où on sent bien que c'est justement ces aspects techniques qui font s'interroger les Sénateurs plutôt que leur origine, leur rationalité, leur sens ou ce qu'en attendent leurs concepteurs. Il en est ainsi par exemple des questions concernant la qualité de l'ENC, l'organisation interne des hôpitaux, le surcoût des services non programmés, le financement des investissements immobiliers, le coût des urgences, le TJP, tel ou tel tarif, le détail de telle ou telle norme, les détails des grilles tarifaires et leur élaboration...

On note leur grand intérêt pour la convergence. La question revient sans cesse. Mais on note aussi leur manque de réflexion sur le sujet. La convergence semble être considérée comme un "en soi", une donnée de la nature sur laquelle on demande des opinions et non un projet qui porte sens.

Il en est de même sur la part de la T2A dans le financement des établissements. Comme si c'était une question d'opinion et non un choix politique significatif d'un mode de régulation d'où découlent un certain nombre d'options techniques.

On est parfois surpris par telle ou telle affirmation, telle ou telle question ou hypothèse soumise à l'avis des auditionnés. Citons quelques exemples :

- d'éventuels tarifs dégressifs en fonction du volume, sans aucune donnée sur les économies d'échelle, sans aucune réflexion sur les conséquences structurelles ;
- l'affirmation selon laquelle "*développer l'hospitalisation à domicile est une bonne chose mais cela ne doit pas se faire au détriment d'autres services*" ;
- l'hypothèse de la sortie de certains actes de l'ONDAM⁹, comme celle consistant à sortir les MIGAC¹⁰ ;
- l'hypothèse consistant à sortir les investissements hospitaliers de la T2A : toujours la vieille idée de certains élus qui voient beaucoup plus l'hôpital comme leur outil de régulation de l'emploi et de l'investissement local que comme une entreprise de soins ;

- la suggestion de revenir à une dotation globale complétée par une part de T2A et des dotations liées au respect d'indicateurs de qualité. Ah, la planification et le pouvoir du Roi ! Les choses seraient tellement plus simples... ;
- une question forte : "*La T2A peut-elle inciter les établissements à garder les patients plus longtemps, faisant ainsi obstacle à l'organisation d'un parcours de soins ?*" Elle en dit long sur les questions que pourraient poser des sénateurs qui ne participent pas aux travaux de la MECSS !
- quelques sous-entendus montrant une inculture de l'économie ou la croyance au diable dans l'économie : "*la convergence tarifaire accentuée-t-elle, selon vous, la recherche de la productivité à tout prix ?*" "*La T2A devait s'avérer un bon système car elle devait permettre, notamment, de comprendre la formation des coûts*". Les pathologies "*non rentables*"...

A l'inverse on note une grande liberté d'esprit dans les questions concernant la sélection des patients par exemple.

On regrette que certaines questions ne soient pas plus approfondies, celle de la régionalisation des tarifs par exemple, même si on comprend que celle de la régionalisation des investissements est dans la tête de certains sénateurs.

On regrette aussi toutes les questions qui manquent. Il y en a beaucoup si on se replace dans la perspective du grand changement qu'apporte ou que devrait apporter l'approche "produits" en matière de prestations hospitalières. Mais ce changement de paradigme et ses conséquences n'apparaissent pas comme tels.

Au total, à part les questions d'introduction, très générales, sur le bilan de la T2A, son évolution, ses forces et ses faiblesses, on est surpris par le fait que les questions sont le plus souvent techniques, qu'elles portent sur ce qui devrait sans doute constituer un détail pour un sénateur, détail qui ne devrait pas être de son niveau.

On s'attendrait à quelques rappels de perspectives, de grandes finalités, à plus de questions en termes de choix techniques alternatifs, de mises en œuvre possibles, sur la ou les justifications de ceux qui ont été faits, sur les indicateurs de résultats qui permettent de suivre leur impact, leur efficacité du point de vue des buts poursuivis, sur le rôle de l'Etat, sur les conflits entre modes de régulation... Car enfin, la T2A, le PMSI, ne sont plus le "*petit machin sans importance*" souhaité en son temps par Gilles Johanet, ce n'est pas non plus un gros machin donné par la nature. C'est un outil de régulation au service d'une politique... Curieusement on a rarement l'impression que c'est cela le sujet.

Une fois de plus on est frappé de ce que le temps est long en médecine. Dans une de ces auditions, on entend un Président de CME dire aux Sénateurs : "*Je conteste la pratique actuelle qui impose de classer obligatoirement le patient dans une case.*"¹¹ On entend Alain Milon, rapporteur, affirmer : "*Médicaliser les tarifs ? Oui si les maladies n'étaient pas différentes d'un patient à l'autre*". Il est soutenu par Gilbert Barbier qui précise : "*Elle reste un art*"¹². Bien...

Rapportons alors une autre citation. "*En vérité la question de l'hôpital se résume en une question : Qu'advient-il des prises en charges hospitalières ? [...] Nous devons mettre au point une méthode de compte rendu de l'ac-*

tivité hospitalière qui permette d'avoir une idée du résultat des prises en charge aussi proche de la réalité possible et comparable d'un établissement à l'autre. Ce compte rendu doit être établi de manière uniforme par chaque hôpital. Il devrait être publié afin que la comparaison soit possible. En partant de ce compte rendu, ceux qui le voudraient pourraient commencer à poser des questions concernant la gestion de l'hôpital et son efficacité." Qui peut le contester ? Mais, qui dit cela ? Un médecin américain du début du siècle dernier !¹³ Rappelons que Fetter¹⁴, c'était aussi au siècle dernier, au début de la seconde moitié ! Rappelons que nous avons mis plus de 20 ans d'expérimentations et de promesses non tenues pour passer à la T2A, là où d'autres pays ont mis un an ou deux.

Alors, oui, il faut se réjouir que les Sénateurs parlent T2A, s'y initient, progressent sur le sujet. Au rythme où va la France, on en a encore pour un moment.

On se rappelle aussi le gâchis gigantesque, le terrible échec de la non-participation de la France à l'appel d'offres allemand lorsque nos voisins ont voulu choisir un système T2A¹⁵. Que ne ferait-on pas si nos deux pays, et par conséquent beaucoup d'autres, avaient la même classification ! C'est donc une excellente surprise d'entendre le Président Yves Daudigny affirmer lors de ces auditions : "*Nous sommes particulièrement intéressés par une approche comparative entre la T2A française et les modes de tarification en vigueur dans les principaux pays développés*"¹⁶.

Eh bien, justement, l'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** publie cette semaine un important ouvrage intitulé "*Les systèmes de type PMSI en Europe : vers plus de transparence, d'efficacité et de qualité dans les hôpitaux*"¹⁷.

Ce gros ouvrage se partage en deux parties. L'une explore toute une série de questions transversales, l'autre propose toute une série de monographies par pays.

C'est surtout la première qui nous intéresse ici.

Après une introduction rappelant les buts recherchés par ce type de méthode de financement, le livre propose 10 chapitres, chacun centré sur un thème¹⁸ :

1. Historique : depuis les origines jusqu'à la mise en œuvre de ces systèmes en Europe
2. Introduction des DRG¹⁹ en Europe : des objectifs communs au travers des différents systèmes hospitaliers
3. Comprendre la T2A et l'allocation basée sur les GHS en Europe
4. Les systèmes de type PMSI-DRG et les autres systèmes de classification de patients en Europe
5. GHM et la comptabilisation des coûts : qu'est-ce qui est le moteur de quoi ?
6. Paiement des hôpitaux à la T2A : les conséquences prévues et imprévues
7. Paiement des hôpitaux à la T2A et efficacité : la théorie, les faits et les défis
8. T2A et qualité : pour le meilleur ou pour le pire ?

9. L'innovation technologique en Europe et la T2A
10. Vers plus de transparence, d'efficacité et de qualité dans les hôpitaux : conclusions et recommandations

Au fait, quelqu'un a-t-il pensé à offrir ce livre aux sénateurs de la MECSS ?

On ne peut tout aborder dans cette chronique. Mais comment ne pas évoquer ici deux autres publications importantes de la semaine.

Plan Cancer - Evaluation à mi-parcours

Tout d'abord le **rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) : Evaluation à mi-parcours du Plan Cancer 2009-2013**²⁰. Le HCSP le rappelle dans son introduction : *"l'évaluation à mi-parcours fait partie intégrante du Plan. Cette évaluation est sous la responsabilité de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) pour l'axe « recherche » et du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) pour les autres axes. L'objectif de l'évaluation est double. Il s'agit d'une part, d'apporter un jugement, par une analyse indépendante, des capacités du Plan, après deux ans de mise en œuvre, à atteindre ses objectifs en fin de période."*²¹

A la lecture de la liste des personnalités auditionnées dans le cadre des travaux d'évaluation du HCSP on a une crainte. Alors que nos Tutelles sont en ce moment obnubilées par les conflits d'intérêts, on est frappé par le fait qu'on est en plein dedans. A part la Ligue, il n'y a que des Administrations et des Agences !²² On n'interroge que ceux qui sont officiellement chargés de la mise en œuvre du Plan ! Il est assez incroyable que cela ne soit pas apparu au "Groupe de travail" du HCSP²³. De plus, limiter ainsi les points de vue, c'est quand même limité et risqué²⁴.

Et pourtant, bonne surprise. Ce rapport est un rapport de qualité. On est même heureusement surpris par la liberté de ton de certains passages²⁵. Les rapports tombent de tous côtés et sans discontinuer. Pourtant, compte tenu de son sujet il faut insister auprès de nos lecteurs sur l'importance qu'il y a à le lire, celui-là, ou au moins à le feuilleter. Il comporte un résumé et un récapitulatif de ses recommandations²⁶.

Bien sûr si les auditions et les investigations n'avaient pas les limites que nous venons de rappeler, dans les passages, par ailleurs intéressants, concernant les systèmes d'information²⁷, le rapport aurait fait apparaître que la radiothérapie n'est toujours pas soumise à PMSI. Bien sûr le passage sur les dépassements d'honoraires²⁸ aurait pu se pencher sur l'opposition farouche du Président de l'INCa de prendre en charge cette question comme le lui a souvent demandé l'UNHPC. Sa réponse était à chaque fois motivée de la même façon : *"l'INCa n'est pas là pour s'occuper de vos intérêts corporatistes"*. Comme quoi, en plein conflit d'intérêts, l'INCa se réjouissait en fait du développement éventuel des dépassements d'honoraires en cancérologie comme d'une arme concurren-

tielle et ne voulait rien faire pour que la cancérologie libérale ou publique y échappe²⁹. Il aurait été intéressant d'avoir l'évaluation du HCSP sur cette orientation de l'INCa... Bien sûr l'important manque d'articulation avec l'Assurance-maladie serait apparu. Bien sûr ils auraient entendu parler de l'évolution de l'INCa et de son avenir. Bien sûr...

Mais quelle surprenante et heureuse liberté pour aborder le pilotage du Plan³⁰, l'articulation avec les Régions³¹, les systèmes d'information, le parcours de soins et le rôle du médecin traitant³²... !

Ce rapport est donc un rapport utile. Il fourmille de recommandations dont beaucoup sont importantes. On aimerait qu'il soit sérieusement pris en charge. Il fait rêver d'un Conseil d'Administration de l'INCa qui fonctionnerait et dans lequel on pourrait débattre de sujets ou d'arguments du type de ceux qu'on trouve dans ce rapport.

Un guide "opérationnel" de gestion du risque

La HAS a publié cette semaine un "**Guide opérationnel sur la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé**"³³. Il était attendu et des versions provisoires avaient circulé. Il s'agit de l'édition définitive. Un gros effort de présentation a été fait pour en faciliter la lecture.

Disons-le tout de suite, ce guide est remarquable et il doit absolument figurer parmi les publications disponibles en plusieurs endroits dans nos établissements. Il fait suite à la publication déjà ancienne de l'ANAES intitulée "*Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*" (2003) et surtout au document intitulé "*Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*" paru en 2000. Ce document exposait de façon simple 14 méthodes et 20 outils de gestion de la qualité.

Passons sur le glissement de plus en plus marqué de la priorité à la gestion de la qualité à la priorité à la gestion de la sécurité. L'Agence est entre-temps passée d'une légitimité professionnelle à une légitimité politique.

Ce document est une mine. Il rendra service à beaucoup et longtemps. Il montre aussi le chemin parcouru : on n'en est plus à décrire des méthodes appliquées dans l'industrie et l'agriculture, en se disant avec prudence qu'elles pourraient aussi servir en santé. Ici, on est et on reste dans le système de santé.

D'où vient alors que nous avons pourtant une certaine réticence ? D'où vient qu'on hésite à l'exprimer tant les auteurs qui ont été réunis et animés par la HAS sont de grande qualité, des références au vrai sens du terme ?

Sans doute du vertige qui nous prend devant la lourdeur de ce qui est décrit. Certes "*ce document méthodologique n'a pas vocation à être opposable*"³⁴. Il constitue pourtant un "*moyen d'accompagnement*" de la démarche. Dans le contexte on voit assez bien ce que cela veut dire.

Sans tomber dans l'anecdote, lorsqu'on cherche à se procurer ce guide de 220 pages pour l'avoir sous forme de livre, on n'y arrive pas. Avant d'y lire qu'il est livré sous forme digitale, on interroge la HAS qui répond par mail "*je suis au regret de vous annoncer que nous n'imprimons pas ce document*".

Manque de sens pratique ?

Oui, c'est bien la question qu'on se pose. Au lieu de se dire "*impeccable, grâce à ça je sais ce que je vais faire*", on se dit, "*je ne suis ni Renault, ni la NASA, ni une administration. Tout ça c'est très bien mais maintenant qu'est-ce que je fais ?*"

Nous sommes des PME où les gens sont tous au four et au moulin. Il faut que ça avance avec les moyens du bord, sans réunions supplémentaires, sans longues formations à la clé, avec le minimum de documents. On a un peu l'impression ici d'un document fait par des fonctionnels pour des fonctionnels. Dans les PME comme les nôtres il faut agir en opérationnels et les quelques fonctionnels qui sont là doivent avant tout dégager du temps pour les opérationnels, et non leur prendre du temps.

On est plus ici dans une somme universitaire, un cours sur ce qui devrait être fait, un découpage de séquences logiques. Dans la vraie vie, les séquences se chevauchent, les choses doivent avancer, vite, l'important est ailleurs. Et puis, on ne peut s'empêcher d'y penser en tremblant : "*ça va nous tomber dessus : Tutelles ou assurances, ils vont venir vérifier que tout ce formalisme est bien en place, c'est ça qui les rassurera...*"

Alors, oui, il faut connaître ce guide, l'avoir à sa portée, s'en servir, mais les questions demeurent : "*qu'est-ce qu'on fait ?*" "*Comment fait-on, concrètement ?*" "*Qu'est-ce qui est vraiment important ?*"

¹ "Dans un pays fracturé par les déserts médicaux, là où les jeunes médecins ne s'installent pas, où nombre de ménages fragilisés par la crise restreignent leurs dépenses de santé, et où 4 millions de Français sont dépourvus d'assurance complémentaire, l'emballement des honoraires a pour effet de réduire encore l'accès aux soins.

Face à cette situation où, sur les 5,7 milliards d'euros restés à la charge des assurés ou de leurs mutuelles pour leurs soins, en 2011, 2,3 milliards sont imputables aux seuls dépassements, les pouvoirs publics affichent leur impuissance.

[...]

Les candidats à l'élection présidentielle évoquent, pour la plupart, un encadrement des dépassements d'honoraires, souhaité par une majorité de Français."

Le Monde pourrait se demander ce que "souhaitaient" les citoyens ayant à faire à des "collecteurs d'impôt" lorsque les politiques de leur pays ne concevaient pas ou ne voulaient pas créer un corps "d'inspecteurs des impôts" ? Oui, certainement un "encadrement" des prélèvements de leurs collecteurs, mais certainement aussi une administration des impôts plus moderne, plus cohérente, plus efficace... Le Monde précise en page 11 "Dimanche 8 avril, le CISS a publié un sondage réalisé par Viavoice pour la campagne présidentielle. 52 % des sondés disent qu'il faut encadrer les dépassements, 32 % carrément les interdire." A l'époque dans les pays concernés, la majorité des collecteurs prélevaient "avec tact et mesure", n'en doutons pas, et, certainement, s'il y avait eu sondage, les résultats auraient été proches. Et pourtant on a bien trouvé le moyen d'en sortir par le haut...

² OMS : Organisation mondiale de la santé

³ MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale - Sénat

⁴ T2A : Tarification à l'activité

⁵ HAS : Haute autorité de santé

⁶ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁷ DGOS : Direction générale de l'offre de soins du Ministère de la santé

⁸ Les comptes rendus des auditions sont disponibles sur le site du Sénat. Comptes rendus de la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale - Financement des établisse-

ments de santé.

Nous les avons récapitulés sur un seul document. Cf. mail UNHPC 12/266 du 14 avril 2012
Sinon ils sont disponibles sur : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/controle-de-la-securite-sociale.html>

- ⁹ ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- ¹⁰ MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- ¹¹ François Zanaska - Comptes rendus de la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale - Financement des établissements de santé - Audition de M. François Zanaska, président de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) des établissements privés à but non lucratif - Mercredi 11 avril 2012
Cf. mail UNHPC 12/266 du 14 avril 2012 ou : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120409/mecss.html>
- ¹² Idem, audition du mercredi 15 février 2012 (Jean de Kervasdoué)
Cf. mail UNHPC 12/266 du 14 avril 2012 ou : <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120213/mecss.html>
- ¹³ *"Really the whole hospital problem rests on one question: What happens to the cases? [. . .] We must formulate some method of hospital report showing as nearly as possible what are the results of the treatment obtained at different institutions. This report must be made out and published by each hospital in a uniform manner, so that comparison will be possible. With such a report as a starting-point, those interested can begin to ask questions as to management and efficiency."*
Dr Eugene Codman, Address to the Philadelphia County Medical Society, 1913
Cité par Miriam Wiley - chapter one - *From the origins of DRGs to their implementation in Europe* - 1.1 The starting point - p. 3 dans Reinhard Busse Alexander Geissler Wilm Quentin Miriam Wiley - *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals - European Observatory on Health Systems and Policies Series* - Open University Press McGraw-Hill Education - Avril 2012
Cf. mail UNHPC 12/257 du mercredi 11 avril 2012 ou <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/diagnosis-related-groups-in-europe>
- ¹⁴ Le professeur Robert Fetter (Yale, États-Unis) est à l'origine du modèle à la fin des années 60. Le modèle a été importé en France par Jean de Kervasdoué, alors directeur des hôpitaux, en 1982
- ¹⁵ En 2003-2004, les Allemands ont choisi le système des DRG australiens, sans que la France ne fasse de proposition sérieuse.
- ¹⁶ Comptes rendus de la Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale - Financement des établissements de santé - mercredi 28 mars 2012.
Cf. mail UNHPC 12/266 du 14 avril 2012 ou <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120326/mecss.html>
- ¹⁷ *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals - European Observatory on Health Systems and Policies Series* : livre cité ci-dessus.
- ¹⁸ Pour plus de simplicité nous avons traduit ici DRG par T2A. Voici les intitulés exacts des chapitres de la première partie du livre de l'Observatoire :
1. From the origins of DRGs to their implementation in Europe
 2. Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems
 3. Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe
 4. DRG systems and similar patient classification systems in Europe
 5. DRGs and cost accounting: Which is driving which?
 6. DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences
 7. DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges
 8. DRGs and quality: For better or worse?
 9. Technological innovation in DRG-based hospital payment systems across Europe
 10. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals: Conclusions and

- recommandations
- ¹⁹ DRG : Diagnosis related group
- ²⁰ Haut Conseil de Santé Publique - Évaluation à mi-parcours du Plan Cancer 2009-2013 - Collection Évaluation - Mars 2012
Cf. mail UNHPC 12/263 du vendredi 13 avril 2012, ou http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsps20120220_plancancer0913mip.pdf
- ²¹ page 9
- ²² Cf Annexes : I - Personnalités auditionnées, p 162 à 166 du rapport
- ²³ Groupe de travail : cf. p. 7 du rapport : Comité d'évaluation du HCSP et Comité de relecture HCSP
- ²⁴ Pour être complètement exact il faut néanmoins noter dans la "Liste des contributions écrites analysées" : CSMF : Réponses écrites aux questions posées, Novembre 2011 et MG France : Rapport sur l'évaluation du Plan Cancer 2009-2013 à mi-parcours, sous la direction du Dr Jean Godard, chargé de mission Santé Publique et Recherche à MG France, Novembre 2011.
- ²⁵ La 4 de couverture l'annonce : *"À mi-parcours du Plan, cette évaluation a mis en évidence que les thèmes transversaux ont été insuffisamment pris en compte dans la mise en œuvre et le suivi des mesures et actions, limitant potentiellement les effets à terme du Plan ainsi que les possibilités de les évaluer. Les recommandations formulées dans ce rapport visent à améliorer la gouvernance du Plan et les capacités du Plan à intégrer ces objectifs transversaux dans les réalisations en cours. Elles visent aussi à mieux identifier les besoins de la future évaluation finale, qui doivent être anticipés."*
- ²⁶ p. 139
- ²⁷ On n'a droit qu'au signalement pudique d'une "difficulté" due à la "non inclusion dans le champ du PMSI", p. 121
- ²⁸ *"Dès la conception du Plan, l'objectif de lutte contre les inégalités de santé, qui en est un des aspects les plus novateurs, a été pris en compte inégalement selon les axes. La problématique sociale est traitée en aval des soins à travers l'attention accordée à l'intervention des professionnels du domaine social parallèlement aux professionnels de soins. Elle est partiellement intégrée dans la partie prévention-dépistage ; très insuffisamment traitée dans la partie observation et pratiquement ignorée dans l'axe soins, alors même que l'accès financier aux soins, qui a longtemps été la préoccupation majeure de la politique en santé en matière d'inégalités, pose toujours problème dans notre système de santé, notamment à travers les dépassements d'honoraires."* p. 12-13. Cf. aussi p. 71 et p. 75
- ²⁹ Les dépassements ne sont pas autorisés dans les Centres de lutte contre le cancer qui bénéficient en contrepartie d'une grille de salaires médicaux avantageuse
- ³⁰ Cf. les trois recommandations "Gouvernance et pilotage du Plan" résumées en page 146-148 ou les développements par exemple p. 25 et suivantes, 41 et suivantes
- ³¹ *"Il serait de plus souhaitable, avant la fin du Plan, de prévoir les éléments structurants de l'articulation entre le niveau national et le niveau régional"* résumé p. 12
- ³² Sur le médecin traitant, dans le résumé : *"Il est par conséquent recommandé de : 1) réaliser de façon concrète et explicite une évaluation de l'intérêt des expérimentations en cours sur les dispositifs"* p. 14 ou *"A plus long terme, il serait utile de disposer d'évaluation sur les solutions organisationnelles ayant eu des résultats concluants pour en tirer des enseignements sur les modalités de partage des compétences et des expertises, de coopération des acteurs de santé, des nouveaux modes de rémunération, sur les conditions de succès de telles expérimentations et estimer les coûts de leur généralisation."* p. 15
- ³³ Haute Autorité de Santé - Amélioration des pratiques et sécurité des soins - La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique - Mars 2012 - 220 pages
Cf. mail UNHPC 12/260 du jeudi 12 avril 2012 ou http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239371/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante-guide.
- ³⁴ p. 7

Organisation hospitalière, chirurgie ambulatoire

***"La France est en retard".
C'est vrai en matière
d'organisation hospitalière.
Il est important
d'y réfléchir..."***

Date de parution : lundi 23 avril 2012

Mots types : Mission hôpital public - F. Fellingner - F. Boiron - HAS - ANAP - Chirurgie ambulatoire - Socle de connaissance

Penchons-nous cette semaine sur deux rapports qui viennent de paraître. L'un est centré sur la gouvernance, la restructuration et la performance de l'hôpital public, l'autre sur les connaissances relatives à la chirurgie ambulatoire.

Réforme et hôpital public

La "**Mission hôpital public**" a rendu son rapport¹. Rappelons que cette "Mission" avait été mise en place par Xavier Bertrand juste avant l'été 2011². Sa coordination avait été confiée conjointement à Francis Fellingner, alors président de la conférence nationale des présidents de CME³ des centres hospitaliers, président de la CME du CH⁴ d'Haguenau, et à Frédéric Boiron, président de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH), directeur général du CHU⁵ de St-Etienne. Deux personnalités ouvertes et qui ont montré leur capacité à travailler avec le privé, sans ostracisme et en partageant un même sens des responsabilités. Le but de la Mission était défini ainsi par le Ministre : "*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.*" Ici même, nous nous étions alors étonnés du fait que les cliniques et hôpitaux privés n'aient pas été associés⁶. Les deux responsables de la mission soulignent dans leur rapport que "*cette double désignation (la leur) donnait un signal, dans le sens des pratiques actuelles de co-pilotage des établissements de santé qui a été apprécié.*" Nous aurions, nous aussi, apprécié !...

Il est trop tôt pour savoir si ce rapport aura ou n'aura pas d'influence. On n'est pas dupe des intentions politiques de son commanditaire qui voulait calmer l'opposition de beaucoup d'hospitaliers à la réforme HPST⁷. Le rapport souli-

gne d'ailleurs que beaucoup, parmi eux, la connaissent que très mal. Bref, il était nécessaire de mettre de l'huile.

Ce qui frappe, en le lisant, c'est une grande communauté de vue sinon de destin entre les établissements de santé, qu'ils soient publics, privés ou ESPIC⁸. Bien sûr, si la mission avait été ouverte aux autres statuts, chacun aurait souligné quelques-unes de ses difficultés particulières. Sans doute ce pluralisme aurait-il permis d'être plus incisifs sur certains sujets communs ou spécifiques. La preuve de ces similitudes ? Il suffit de reprendre la "*Présentation synthétique*" officielle. Risquons nous, en mettant en vis à vis la version officielle et ce que nous aurions sans doute signé. Dans le tableau qui suit, on trouvera à gauche la reprise intégrale des "*Points majeurs*", à droite une tentative d'amendement "privé". En fait, il aurait fallu un mixte. On verra qu'il est facile à faire et qu'il n'y a rien de contradictoire, sauf sans doute un seul passage : celui concernant les MIGAC⁹...

Les points majeurs recueillis peuvent être résumés comme suit :

- **Un attachement puissant à la notion de service public** : les *hospitaliers* regrettent l'image parfois défavorable et souvent critique qui semble dominer le débat public sur le fonctionnement de l'hôpital (lourdeur, coût excessif, délais de prise en charge, etc.). *Ils ont mal vécu la disparition de l'expression « service public hospitalier » dans la nouvelle réglementation.* Ils évoquent un sentiment de mise en cause et de critique injuste. En contrepartie, ils sont souvent très investis et attachés aux valeurs particulières de *l'hôpital public* ainsi qu'à son rôle à la fois médical, scientifique, social et régulateur dans la société française. Aptes au débat, capables de critique mais aussi légalistes, ils attendent une juste reconnaissance des efforts importants qu'ils pensent accomplir.
- **Une capacité réelle de mouvement et de modernisation** : les *hôpitaux publics* et leurs équipes de pilotage ont absorbé sans rupture des réformes répétées et profondes, de leur fonctionne-

Les points majeurs recueillis peuvent être résumés comme suit :

- **Un attachement puissant à la notion de service public** : les *médecins, les personnels et les propriétaires des cliniques et hôpitaux privés* regrettent l'image parfois défavorable et souvent critique qui semble dominer le débat public sur le fonctionnement de *leurs établissements.* *Ils aimeraient voir reconnue leur participation au « service public ».* Ils évoquent un sentiment de mise en cause et de critique injuste. En contrepartie, ils sont souvent très investis et attachés aux valeurs particulières *des établissements de santé* ainsi qu'à *leur* rôle à la fois médical, scientifique, social et régulateur dans la société française. Aptes au débat, capables de critique mais aussi légalistes, ils attendent une juste reconnaissance des efforts importants qu'ils pensent accomplir.
- **Une capacité réelle de mouvement et de modernisation** : les *cliniques et hôpitaux privés* et leurs équipes de pilotage ont absorbé sans rupture des réformes répétées et profondes, de leur

ment interne, de leurs relations avec les patients et l'environnement, de leurs règles de gouvernance, de financement, de responsabilité, d'assurance qualité. Au-delà des débats nationaux, les directions, les responsables médicaux et soignants, les cadres, sont réellement investis dans la mise en œuvre de ces réformes au sein de leurs établissements. Malgré les contraintes qu'il assume au nom de la société, l'**hôpital public** présente un visage dynamique, un goût pour le succès et la recherche de la performance médicale ou managériale.

- **Une gouvernance interne désormais installée** : en dehors de situations localisées et parfois trop médiatisées, la gouvernance interne fonctionne et la mission n'a pas reçu de demande générale de bouleversement des équilibres actuels de la gouvernance ou du rôle des instances. Les équipes rencontrées dans les régions indiquent généralement que « chez [elles], ça fonctionne ». Même lorsqu'on a critiqué la réforme, voire qu'on la critique encore, « on fait avec » et les choses semblent se passer correctement. Il faudra naturellement rester attentifs à ce point.
- **Une demande très forte d'acalmie réglementaire** : c'est sans doute le corollaire du point précédent. Le mouvement continu de réformes législatives de ces dernières années, accompagnées d'un flot de décrets, directives, circulaires, normes et enquêtes, suscite clairement aujourd'hui une réaction de saturation et de rejet. Beaucoup de changements, sou-

fonctionnement interne, de leurs relations avec les patients et l'environnement, de leurs règles de gouvernance, de financement, de responsabilité, d'assurance qualité. Au-delà des débats nationaux, les directions, les responsables médicaux et soignants, les cadres, sont réellement investis dans la mise en œuvre de ces réformes au sein de leurs établissements. Malgré les contraintes qu'ils assument au nom de la société, les **cliniques et hôpitaux privés** présentent un visage dynamique, un goût pour le succès et la recherche de la performance médicale ou managériale.

- **Une gouvernance interne bien installée** : en dehors de situations localisées et parfois trop médiatisées, la gouvernance interne fonctionne et la mission n'a pas reçu de demande générale de bouleversement des équilibres actuels de la gouvernance ou du rôle des instances. Les équipes rencontrées dans les régions indiquent généralement que « chez [elles], ça fonctionne ». Même lorsqu'on a critiqué la réforme, voire qu'on la critique encore, « on fait avec » et les choses semblent se passer correctement. Il faudra naturellement rester attentifs à ce point.
- **Une demande très forte d'acalmie réglementaire** : c'est sans doute le corollaire du point précédent. Le mouvement continu de réformes législatives de ces dernières années, accompagnées d'un flot de décrets, directives, circulaires, normes et enquêtes, suscite clairement aujourd'hui une réaction de saturation et de rejet. Beaucoup de changements, sou-

vent complexes à mettre en œuvre, consomment beaucoup de ressources, à l'heure où l'activité de soins conditionne le niveau des recettes. En outre cela provoque un sentiment d'instabilité, donc d'incertitude, pouvant aller jusqu'à l'effet inverse à celui recherché : les acteurs se plaçant en position d'attente jusqu'à la « prochaine norme ».

- **Un besoin de concertation, de dialogue, de formations partagées** : les hospitaliers présentent une forte demande de concertation et de dialogue, d'échange d'expériences, de formations en inter-professions et en **inter-pôles**. **Les réunions de la Mission en témoignent : elles ont souvent fourni un cadre de débat permettant de partager la connaissance ou la réflexion.** Il sera utile d'accompagner cette attente.
- **Un besoin de souplesse et de confiance** : corollaire aux remarques précédentes, les équipes hospitalières souhaitent disposer de plus grandes marges locales d'adaptation de leurs structures et de leurs règles de coopération ou de gouvernance. La réglementation est parfois trop rigide, trop univoque ou prévoit des modèles trop limités d'organisation, alors que les établissements sont engagés dans des mouvements de coopération et de modernisation. Assouplir les règles, c'est aussi faire confiance aux acteurs.
- **Une demande de relations apaisées avec les Agences** : les établissements ont un vécu qui reste majoritairement complexe, voire difficile, avec les ARS, institutions jeunes qui sont encore en train de positionner leur action dans les

vent complexes à mettre en œuvre, consomment beaucoup de ressources, à l'heure où l'activité de soins conditionne le niveau des recettes. En outre cela provoque un sentiment d'instabilité, donc d'incertitude, pouvant aller jusqu'à l'effet inverse à celui recherché : les acteurs se plaçant en position d'attente jusqu'à la « prochaine norme ».

- **Un besoin de concertation, de dialogue, de formations partagées** : les hospitaliers présentent une forte demande de concertation et de dialogue, d'échange d'expériences, de formations en inter-professions **et en inter-pôles**. ~~Les réunions de la Mission en témoignent : elles ont souvent fourni un cadre de débat permettant de partager la connaissance ou la réflexion.~~ Il sera utile d'accompagner cette attente.
- **Un besoin de souplesse et de confiance** : corollaire aux remarques précédentes, les équipes hospitalières souhaitent disposer de plus grandes marges locales d'adaptation de leurs structures et de leurs règles de coopération ou de gouvernance. La réglementation est parfois trop rigide, trop univoque ou prévoit des modèles trop limités d'organisation, alors que les établissements sont engagés dans des mouvements de coopération et de modernisation. Assouplir les règles, c'est aussi faire confiance aux acteurs.
- **Une demande de relations apaisées avec les Agences** : les établissements ont un vécu qui reste majoritairement complexe, voire difficile, avec les ARS, institutions jeunes qui sont encore en train de positionner leur action dans les

régions. L'image d'une nouvelle administration centralisée domine. Des situations localement plus tendues sont en outre évoquées. Des maladroites existent sans doute de part et d'autre mais la situation doit susciter des réactions. En réponse, la mission pense que des démarches simples peuvent permettre de réduire les malentendus et de mieux partager les contraintes car hôpitaux et agences doivent bâtir des relations partenariales.

- **Un besoin d'instruments de juste valorisation des acteurs, et de correction des effets pervers de la T2A** : tant pour les établissements que pour les individus, les outils actuels ne permettent que très peu de valorisation de ceux qui s'engagent dans les coopérations, dans les réorganisations, dans la modernisation de l'offre de soins ou de services médico-sociaux. Ce constat est vrai pour les cadres dirigeants comme pour les médecins ou les soignants. Il est également vrai pour les établissements qui perdent souvent des recettes T2A lorsqu'ils agissent de concert et plus encore en cas de fusion d'activités. Par ailleurs, l'écart entre les coûts et les tarifs, **la diminution des** enveloppes de type MIGAC ou MERRI, l'inadaptation des tarifs aux prises en charge coordonnées, constituent des difficultés majeures pour les établissements. Là encore, la mission pense que des moyens simples permettraient d'atténuer ces effets et d'encourager ceux qui mènent des projets.

régions. L'image d'une nouvelle administration centralisée domine. Des situations localement plus tendues sont en outre évoquées. Des maladroites existent sans doute de part et d'autre mais la situation doit susciter des réactions. En réponse, la mission pense que des démarches simples peuvent permettre de réduire les malentendus et de mieux partager les contraintes car hôpitaux et agences doivent bâtir des relations partenariales.

- **Un besoin d'instruments de juste valorisation des acteurs, et de correction des effets pervers de la T2A** : tant pour les établissements que pour les individus, les outils actuels ne permettent que très peu de valorisation de ceux qui s'engagent dans les coopérations, dans les réorganisations, dans la modernisation de l'offre de soins ou de services médico-sociaux. Ce constat est vrai pour les cadres dirigeants comme pour les médecins ou les soignants. Il est également vrai pour les établissements qui perdent souvent des recettes T2A lorsqu'ils agissent de concert et plus encore en cas de fusion d'activités. Par ailleurs, l'écart entre les coûts et les tarifs, **la diminution des /es** enveloppes de type MIGAC ou MERRI, l'inadaptation des tarifs aux prises en charge coordonnées, constituent des difficultés majeures pour les établissements. Là encore, la mission pense que des moyens simples permettraient d'atténuer ces effets et d'encourager ceux qui mènent des projets.

Ces constats sont des constats d'intérêt général... à condition qu'ils soient mis dans une perspective de productivité et d'efficacité au service des patients¹⁰ et non de défense corporatiste¹¹. A leur façon, même s'ils ne couvrent pas tout le champ et s'ils restent un peu pauvres compte tenu des échéances et de la dette, ils illustrent une partie des enjeux qui attendent le ou les futurs Ministre(s) qui vont prendre les commandes du secteur santé. Il n'y a pas là de grande différence entre public et privé et donc aucune raison de les opposer¹². Au contraire, les missions sont communes et ce rapport permet de constater qu'il y a toutes les raisons d'affronter ensemble les mêmes défis.

Chirurgie ambulatoire

"Dans la continuité de leur engagement conclu en décembre 2011", l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la Haute autorité de santé (HAS) ont publié cette semaine un **"socle de connaissances" sur la chirurgie ambulatoire**¹³. Qui ne s'en réjouirait ?

Ceci dit, et sans qu'il y ait de réserve, il faut pourtant décoder.

Durant l'été 2010 les Présidents de la HAS et de l'ANAP¹⁴ ainsi que leurs équipes s'étaient beaucoup démenés pour qu'enfin la tarification de la chirurgie ambulatoire soit cohérente avec les "priorités" affirmées. Cela voulait clairement dire pour eux "tarif identique". Même si, pour les raisons que nous allons rappeler, on ne retrouve pas trace de "tarif identique" dans le préambule¹⁵ du *"Rapport Socle de connaissance"*, on y retrouve la tonicité et la lucidité de l'été 2010. Le changement de Président à la HAS¹⁶ n'a donc pas nui au dossier. Ce préambule ressemble à s'y méprendre à ce que dit l'AFCA¹⁷ depuis 20 ans ou aux discours de Claude De Lathouwer et de ses successeurs à la tête de l'IAAS¹⁸. Là aussi, qui ne s'en réjouirait ?

Revenons à l'été 2010, celui où on pouvait croire à l'avènement du tarif identique comme on avait pu y croire durant l'été 2005. Le tarif identique de chirurgie doit être clairement distingué du "tarif unique" public privé. Toute confusion tuerait l'incitatif tarifaire nommé "tarif identique". Il s'agit en fait d'un tarif identique pour un GHS de chirurgie, quel que soit le mode de prise en charge, en hospitalisation traditionnelle d'une ou de plusieurs nuits ou en hospitalisation ambulatoire sans une seule nuit dans l'établissement. Ce tarif identique est bâti à partir des deux tarifs ambu / hospit, au prorata de la pratique ou de l'objectif en termes de rapport de pratiques ambu / hospit.

En France, il y aurait donc deux "tarifs nationaux identiques" : un pour le privé et un pour le public, sauf cas de convergence à 100 %. Sous une forme ou sous une autre, le tarif identique est en place dans presque tous les pays qui ont une pratique de chirurgie ambulatoire. Il a prouvé son efficacité : il est incitatif car il est dynamisant (il agit selon les principes de "concurrence fictive") et il est gratifiant (il permet à l'établissement de conserver un temps donné le fruit de ses progrès de productivité). Il doit être complété d'une poli-

tique de communication simple et claire. Sur ce point là aussi, la France est donc en retard.

Certains pays ont même été plus loin dans l'incitation : ils ont adopté, de façon temporaire, un tarif "ambulatoire" supérieur au tarif "hospitalisé". D'autres l'ont complété d'une procédure de recours pour des patients particulièrement lourds. Cette procédure est alors réservée aux cas vraiment exceptionnels. Elle doit être rapide et se rapproche de la procédure française de MSAP¹⁹, sauf qu'elle est *ex post* et non *ex ante*.

En France les Fédérations d'établissement ont longtemps été hostiles ou indifférentes au tarif identique. Depuis quelques années elles sont toutes officiellement pour.

Fin 2010 donc, sur l'initiative des Présidents de la HAS et de l'ANAP, avec l'appui des conseillers santé de l'Elysée, de Matignon et du Ministère, un "séminaire gouvernemental" confidentiel a été organisé. Tous les présents ont conclu qu'il fallait instaurer rapidement ces "tarifs identiques" en France, à une exception : la DGOS²⁰. La Directrice de la DGOS trouvait en effet que l'incitatif financier ne marcherait pas en France et qu'il fallait utiliser les outils de la planification qui étaient, pour elle, beaucoup plus efficaces.

Un second séminaire²¹, ouvert aux représentants des professionnels a été organisé pour mettre en musique cette "nouvelle" priorité.

La DGOS, pour donner le change autant que pour marquer son adhésion, a rapidement fait paraître une "instruction"²² dans laquelle elle demandait aux ARS un "état des lieux". En fait elle demandait au même moment à l'ATIH²³ de le faire, avec une dimension régionale²⁴. En même temps elle saisissait l'ANAP et la HAS pour que chacune de ces agences fasse des "recommandations"²⁵. La saisine distinguait clairement les recommandations "*organisationnelles*" sous responsabilité de l'ANAP et les recommandations "*médicales*" sous responsabilité de la HAS, leur demandait de bien veiller à cette distinction et de procéder à leur élaboration, chacune, de façon indépendante. Fort heureusement les deux Agences firent le contraire et montèrent un dispositif commun. Penser que "l'organisation" pouvait être indépendante du "médical" aurait été un contre-sens absolu.

Enfin la DGOS, pour montrer sa diligence, a organisé toute une série de groupes de travail au long de l'année 2011. Cela devait déboucher sur une correction, enfin !, des décrets de 92 (présence d'une infirmière pour 5 patients, limitation à 12 heures...)²⁶ puisque le dispositif d'autorisation de l'activité de soins en chirurgie est toujours bloqué pour raisons politiques. Pour ce qui est de l'incitation tarifaire, la "grande politique innovante" annoncée au fil des mois s'est traduite par une prolongation de la politique des petits pas, parfois significatifs, mais illisibles pour les professionnels. On est donc très loin d'une politique incitative forte, compréhensible et cohérente.²⁷

Mais revenons à la publication de cette semaine. Le communiqué de presse des deux Agences reprend le terme "*d'état des lieux*" pour parler de leur travail de publication. On voit pourquoi. "*Cet état des lieux a un triple objectif : mettre à disposition des professionnels de santé un état des données publiées*

sur la chirurgie ambulatoire, informer les acteurs de santé des enjeux et des données relatives à la chirurgie ambulatoire et favoriser la construction des prochains outils destinés aux professionnels de santé. Il comprend notamment un point sur la réglementation française, la description des différentes modalités d'organisation, une analyse du rapport bénéfices/risques pour les patients ainsi qu'un état des lieux des modalités de financement. Pour faciliter l'appropriation du sujet par le plus grand nombre, la HAS et l'ANAP mettent à disposition à la fois le rapport intégral, un document de synthèse et un questionnaire/réponses destinés à donner une information simplifiée et pédagogique à chacun des acteurs du système de santé."²⁸

On pourrait dire que tout cela n'apporte pas grand-chose, mais c'est fort bien fait.

On pourrait regretter que ce travail n'ait pas été fait dans les années quarante-vingt-dix, mais compte tenu du retard de la France, plus on parle de chirurgie ambulatoire, mieux c'est.

On pourrait regretter la polarisation sur les années récentes qui masque un peu le fait que cette "innovation" date vraiment et que le neuf sent parfois un peu le vieux ou la répétition, mais l'important c'est d'avancer et de faire en sorte que les engagements d'aujourd'hui sont plus sérieux que ceux d'hier²⁹.

Au total on a ici des publications qui constituent de bonnes synthèses et qui, à ce titre, seront utiles à ceux qui veulent s'initier ou à ceux qui, justement, recherchent une synthèse. Cette synthèse est à jour puisque, par exemple, les "innovations" de la campagne tarifaire 2012 y sont exposées.

On peut comprendre les interrogations des sociétés savantes qui se demandent à quoi elles servent dans la mesure où c'est maintenant de plus en plus les Agences d'Etat qui fixent les bonnes pratiques. On notera cependant la grande prudence des auteurs de cette publication. Ils ont su résister à la tentation de conclure leurs "états des lieux" par des recommandations organisationnelles trop précises. Ils ont eu raison : les organisations performantes sont forcément issues de la prise en compte concrète des caractéristiques de l'environnement précis dans lesquelles elles se déploient.

On peut s'étonner du peu de littérature "scientifique" relevée, malgré la puissance d'investigation de la HAS, ou noter au contraire, une fois de plus, que lorsqu'une innovation est digérée, que la "nouvelle manière de faire" est devenue la normalité pour reprendre le mot de Schumpeter, il n'y a plus ou pas de raison de faire de la "littérature", scientifique ou pas... C'est ce qui a été compris à l'étranger.

Le plus important est sans doute dans la suite, rappelée ainsi dans le communiqué : "*Dans l'année à venir, la HAS et l'ANAP vont conduire une série de travaux, dont un benchmark auprès des 15 établissements de santé parmi les plus expérimentés, une analyse des risques, et une révision des critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire. Ces travaux analytiques permettront d'établir des recommandations organisationnelles et professionnelles et d'élaborer des outils opérationnels au service de tous les acteurs.*"³⁰ On sait qu'il y a eu débat sur le choix des établissements : choisis par les Fédérations

ou choisis à dire d'expert pour leur expérience. Le communiqué prend position.

Par ailleurs le travail prévu sur les critères d'éligibilité nous permettra peut-être de faire sauter le verrou de la DGOS sur les niveaux de complexité en T2A.

S'il y a du neuf pour notre pays c'est donc de ce deuxième volet qu'il viendra.

Au total des documents à diffuser largement et un dossier qu'il faut continuer à suivre car la chirurgie reste depuis plus de 20 ans un des premiers gisements de productivité atteignables dans le système hospitalier. L'un des candidats à l'élection présidentielle, Nicolas Sarkozy, vient de le relever. François Hollande ne devrait pas tarder, les faits étant têtus, comme disait Lénine...

¹ Cf. mail UNHPC 12/287 du vendredi 20 avril 2012
Mission Hôpital Public - Coordonnateurs : Francis Fellingier et Frédéric Boiron. Membres : Béatrice Crickx, Nelly Delle Vergini, Christophe Gautier, Geneviève Lefevre, Marie-Claude Lefort, Pierre Mardegan, Marie-Noelle Petit - Juin 2011 - janvier 2012 : *Rapport et Présentation synthétique des travaux de la Mission Hôpital Public*

² Lettre de mission du 17 juin 2011

³ CME : Commission médicale d'établissement

⁴ CH : Centre hospitalier

⁵ CHU : Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

⁶ Cf. la chronique de l'UNHPC - 2011/43 du lundi 31 octobre 2011 ou livre des chroniques UNHPC 2009-2011, p. 612 : "*Nous sommes concernés autant que les "hôpitaux publics". Alors, là encore, pourquoi cette omission ? Pourquoi aucun "privé" parmi les 9 membres de la "mission", tous d'excellents confrères au demeurant ?*"

⁷ HPST : Loi "hôpital patient santé territoire" dite Loi "Bachelot" (Loi 2009-879 du 21/7/2009)

⁸ ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (anciennement PSPH : Etablissement de santé privé participant au service public hospitalier)

⁹ MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

¹⁰ Dans ce cadre, la phrase mise dans le paragraphe de tête des "*Propositions*" en page 60 est importante : "*La mission première de l'hôpital est évidemment de délivrer des soins, ainsi que d'assurer des enseignements et mener des travaux de recherche, dans une préoccupation de performance d'ensemble.*" Elle n'a sans doute rien "d'évident".

¹¹ Notons ici une fausse note dans le paragraphe 7.2 "*Valoriser la notion de service public hospitalier*" en page 61 du rapport : "*Engager, à l'initiative des ministères sociaux, une campagne annuelle ou biennale de valorisation des activités et des métiers de l'hôpital public ; décliner cette démarche, au niveau régional, à l'initiative des ARS en coordination avec les collectivités territoriales et les principaux établissements.*"

Ce sont les réussites en matière de service public effectif, de contribution réelle à l'intérêt général qu'il faut valoriser et non une seule catégorie d'acteurs. Nous ne sommes pas, ou nous ne devrions plus être au royaume des "élus" mais dans un concours de métiers de service. Comme pour l'expertise, les principes de publicité et de mise en concurrence devraient être la règle pour la sélection de ceux qui concourent à des missions de service public.

Sur ce point, cf. par exemple les actes des Rencontres UNHPC 2006 "*L'Administration de la santé par l'Etat*" (http://unhpc.org/PDF/Livre_UNHPC_2006_Administration.pdf)

¹² Nos établissements sont plus oubliés que contrés, mais cet "oubli" était le choix du Ministre, tel qu'exprimé par la formulation de sa "Mission". Pourtant, à de rares exceptions, on voit poindre des remarques du type : "*Hôpitaux publics ou privés, l'implication personnelle*"

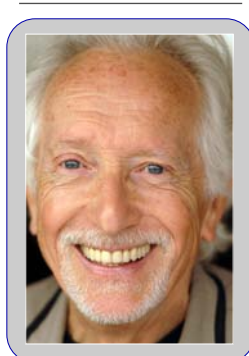
- dans le pilotage des établissements et des opérations de recomposition territoriale ne va pas de soi compte tenu de l'ensemble des charges de travail à assumer par ailleurs" (p. 66).
- ¹³ Cf. mail UNHPC 12/289 du vendredi 20 avril 2012.
Il y a en fait trois documents :
- le rapport "Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire" - Socle de connaissances ;
 - la synthèse de ce rapport ;
 - un document intitulé : "La chirurgie ambulatoire en 12 questions".
- Ce mail comprenait aussi le communiqué de presse HAS-ANAP cité plusieurs fois ici.
- ¹⁴ Laurent Degos et Philippe Ritter
- ¹⁵ Cf. p. 3 et 4 du Rapport
- ¹⁶ C'est maintenant Jean-Luc Harousseau qui est Président du Collège de la HAS
- ¹⁷ AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire
- ¹⁸ IAAS : International association for ambulatory surgery
- ¹⁹ MSAP : mise sous accord préalable
- ²⁰ DGOS : Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ²¹ 23 novembre 2010. Cf. le "Diagnostic partagé" publié sous forme de communiqué et l'ensemble des documents sur : <http://www.anap.fr/actualites/actualites-projets/quel-projet-pour-la-chirurgie-en-france/>
- ²² Cf. mail UNHPC 2011/06 du 6 janvier 2011 : Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque
- ²³ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ²⁴ Cf. mail UNHPC 2011/119 du 1er mars 2011 "Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007" et mail UNHPC 2011/563 du 17 octobre 2011, document ATIH "Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire"
- ²⁵ Cf. mail UNHPC 2011/706 du 22 décembre 2011 (note HAS-ANAP "Chirurgie ambulatoire - Outils d'aide au développement" qui formalise leur coopération, définit six axes de travail, précise la nature des productions attendues et donne un calendrier d'actions).
Cf. aussi <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/des-processus-de-production-efficients/des-organisations-performantes-en-chirurgie/>
- ²⁶ Le projet est passé devant le CNOS (Comité national d'organisation sanitaire et sociale) le 15 mars 2012. Il devrait donc sortir assez rapidement.
- ²⁷ De façon cohérente le document de synthèse "La chirurgie ambulatoire en 12 questions" répond à la "Question 12. Quelles mesures incitatives actuelles existent pour développer la chirurgie ambulatoire en France ?" en classant dans l'ordre les "trois dispositifs [qui] sont actuellement en application en France : l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière [...] ; la mise sous accord préalable par l'assurance maladie [...] ; des incitations tarifaires [...]".
- ²⁸ Communiqué de presse cité
- ²⁹ Quelques rappels des "engagements" forts mais anciens auraient permis de mettre en perspective les engagements actuels : ceux de Simone Veil dans son adresse au Congrès fondateur de l'IAAS le 15 mars 1994 ou l'intégration de la chirurgie ambulatoire lors de la proclamation par Bernard Kouchner des trois premières vraies priorités de santé publique par circulaire en 1998.
Les livres de l'AFCA ne sont pas cités dans la bibliographie, ils contenaient pourtant pratiquement tout :
- AFCA 1996 avec les actes du Congrès de Limoges, les résultats de l'enquête "hôpitaux publics", la note méthodologique fondatrice de la notion d'actes marqueurs, la traduction intégrale des manuels d'accréditation sur résultats médicaux mise en place en Australie - février 1997 - 770 pages
 - et AFCA 2000 et ses nombreuses mises au point - novembre 2000 - 520 pages.
- ³⁰ Communiqué de presse cité

Crise financière et systèmes de santé

***S'attaquer aux causes profondes,
sortir des simples expédients...
La crise financière oblige
à repenser l'organisation
des systèmes de santé
pour sauvegarder et améliorer
accessibilité et qualité.***

Date de parution : mercredi 2 mai 2012

Mots types : B. Couderc - Campagne électorale - Pays-Bas - Espagne - Financement - Performance - MECSS - Europe - PMSI - DRG - Crise - Lancet - New England - USA - CME - CLAHP - Missions de service public - FHF - Espérance de vie - Europe - ESVI - Présidentielles - F. Valletoux



Tant pis pour sa modestie ! Ce mercredi 2 mai 2012 nous fêtons le changement de dizaine de notre vrai Président, le Dr Bernard Couderc¹, qui est en vraie retraite depuis très peu, mais qui fait néanmoins beaucoup de "vrai" travail à partir de ses multiples et vrais mandats. On n'ose pas lui souhaiter une vraie bonne retraite, le temps n'est manifestement pas vraiment venu, mais, vraiment, un **bon anniversaire**, oui !

Campagne électorale et système de santé

En ces temps de campagne électorale, la relation entre la crise et l'avenir du système de santé n'est pas un sujet. Les problèmes spécifiques connus de longue date mais non réglés ne le sont pas non plus. Comme tout le monde, les

leaders d'opinion de notre secteur le constatent. Le tour d'horizon proposé par le Quotidien du Médecin² le confirme, s'il en était besoin. En dehors de quelques prises de positions étroitement corporatistes, les illustrations diffèrent mais le diagnostic est largement partagé. *"Il est difficile de distinguer les programmes des deux finalistes, tant les clivages sont ténus entre eux"*. Michel Chassang (CSMF³). *"Il faut que les candidats se positionnent précisément"* Dr Philippe Cuq, coprésident du BLOC. *"La santé, la grande oubliée du premier tour"*. Christian Saout, président du CISS⁴. *"La santé, grande absente du débat électoral"* Dr Jean-Paul Hamon (FMF⁵) *"Pour le deuxième tour, puis les élections législatives, on attend que les thèmes santé qui nous concernent soient vraiment abordés"* Bruno Spire, président de Aides *"On espère que la santé puisse revenir un peu sur le devant de la scène."* Olivier Duranteau (ANEMF)⁶.

Les deux candidats retenus par le suffrage universel pour le deuxième tour, Nicolas Sarkozy et François Hollande, ont tous deux choisi d'axer leur campagne sur les questions de personnalité. Les Français ont le choix entre le *"changement"* et le *"tempérament"*. Ces notions restent assez vagues et imprécises. Mais le métier de politique est un métier difficile. L'ampleur des responsabilités qui attendent l'hôte de l'Elysée justifie que le profil du candidat soit un élément de choix important. Il n'empêche, nous restons sur notre faim. Plus, beaucoup d'hospitaliers, toutes tendances politiques confondues, sont inquiets.

Cette inquiétude se fonde sur deux constats : celui que la crise, quoi qu'on dise, nous concerne(ra) très directement ; celui que les équipes des présidentiables ne semblent pas être prêtes, en tous les cas ne semblent pas être à la hauteur des enjeux.

Au-delà même des tarifs bloqués depuis plusieurs années, que la crise nous concerne, cette semaine, chaque jour, l'actualité nous le rappelle tristement.

En France, *"la sécurité sociale est fragilisée par l'atonie de l'emploi"* comme le titrent les Echos de vendredi⁷.

Aux **Pays-Bas** le gouvernement saute sur un conflit interne dû à la conjoncture et aux mesures de redressement exigées par l'Europe et les agences de notation. Les taux d'intérêt des marchés commencent à réagir. Finalement, le plan de rigueur est sauvé in extremis, malgré les blocages des populistes. La potion est amère. Pourtant, le premier ministre a su recréer l'unité nationale, hors les populistes, en affirmant que *"faire du surplace n'est pas une bonne solution alors que l'urgence n'a pas diminué pour le pays"*.⁸

L'**Espagne** inquiète car elle s'enfoncé. Sa situation est dramatique. La cure d'austérité qui est imposée à l'Espagne est pourtant impressionnante. Rappelons qu'avant 2008 l'Espagne avait l'une des dettes publiques les plus faibles de la zone euro et des comptes publics en excédent ! Son second plan s'applique aussi au secteur de la santé. 7 milliards d'euros d'économie sur ce seul secteur ! Hausse du reste à charge sur les médicaments, fortes restrictions aux soins aux immigrés illégaux, apparition d'un reste à charge pour les retraités, lutte contre le tourisme médical, rallongement du temps de travail médical (les

médecins de la sécurité sociale de la région de Madrid sont passés de 35 à 37,5 heures)... Certaines régions contestent de façon surprenante : le porte-parole du gouvernement de Catalogne considère que ces mesures "*ne sont pas suffisantes pour garantir la viabilité du modèle*"⁹ !

Alors, beaucoup se posent la question : et nous ? Pourrons-nous y échapper. Quand faudra-t-il y passer ? Comment ferons-nous ? Que proposent les politiques ?

La boucle est bouclée. Retour aux candidats. L'un se pose en défenseur du seul hôpital public mais la pratique de son camp est beaucoup plus ouverte que ses dires. L'autre se veut protecteur des professions libérales et de l'initiative privée, mais la pratique de son camp leur a nui gravement. Et les questions ne sont pas public contre privé ou privé contre public. Les questions sont autrement plus graves, plus profondes, plus "systémiques" et elles sont très largement communes.

Les équipes des présidents n'ont donc rien à dire d'autre que des discours convenus et largement hors sujet. Les Agences et autres "Hautes" institutions qui aiment d'autant plus à se dire "*indépendantes*" qu'elles sont en fait des institutions d'Etat, sont silencieuses. Beaucoup sont pourtant officiellement garantes de la qualité et de l'accessibilité des soins. Silence. L'indépendance ne va pas jusqu'à l'auto-saisine sur les vrais problèmes du pays. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion ici de regretter cette désertion. Autrefois il y avait des péchés par abstention. Nous y sommes¹⁰.

La question est pourtant simple. Si, par nécessité, il nous tombe dessus un "Plan de redressement" qui oblige le système à "économiser" 10 ? 15 ? 20 ? milliards d'euros, comment fait-on pour sauvegarder l'accessibilité et la qualité des soins ? Hélas, on ne trouvera pas la recette sur une quelconque étagère. La solution n'est pas donnée. Elle viendra d'arbitrages aussi techniques que risqués. Si personne ne leur en propose, que feront les politiques ? Ils interrogeront l'administration. Et une fois de plus ils constateront amères : "*l'administration n'a pas d'idées*". Il est urgent, y compris pour nos organisations professionnelles, de trouver les idées que l'administration n'a et, très probablement, n'aura pas.

Où les puiser ? Pour l'instant à l'étranger. Cette semaine l'illustre une fois de plus.

Des réflexions en provenance de l'étranger

Dans nos pays développés, en dehors des traditions culturelles et des exigences de solidarité, quatre éléments rentrent en ligne de compte lorsqu'on réfléchit à l'avenir du **financement de nos systèmes de santé**.

- La croissance. Depuis quelques jours on en reparle en France comme en Europe. Elle dépend en grande partie de notre capacité à faire l'Europe. On en reparle aussi. C'est une bonne chose. En effet, seul un taux d'emploi fort

- peut aider à développer nos financements sans creuser les déficits. Mais les hospitaliers ne pèsent pas sur ces orientations dont ils dépendent largement.
- Le taux d'intérêt qui est accessible au pays pour financer sa dette. Les hospitaliers n'y peuvent rien. Sauf à constater qu'à l'exemple de ce qui s'est passé il y a quelques années, nous nous trouvons à nouveau au plan international dans un contexte où il y aurait "plus d'argent que d'affaires", ce qui désignerait notre secteur comme proie possible pour les professionnels de la spéculation... et rouvrirait la porte à la tentation facile de reporter nos dettes d'aujourd'hui sur les générations futures.
 - La rigueur budgétaire. On sait qu'on ne peut plus y échapper. Même avec une croissance retrouvée, ce qui, en plus, n'est hélas sans doute pas pour demain, on ne peut plus creuser les déficits. En France, nos deux candidats en conviennent. Sauf à instrumentaliser à nouveau l'hôpital comme levier d'action conjoncturelle, ce qui apparaît comme de plus en plus impossible, la rigueur s'appliquera donc encore plus fortement à notre secteur.
 - La productivité des organisations et des actes. C'est là notre champ d'action et notre responsabilité directe.

C'est ici que les réflexions actuelles sur la "**performance**" dans le système de santé prennent toute leur importance. Tout est encore nouveau. Par définition, pour mesurer la performance, il fallait un outil de mesure de ce que l'on produit et donc, préalablement, se doter des unités nécessaires, être capables de raisonner "produits" de santé. C'était l'enjeu du PMSI¹¹ et plus largement de toute l'approche "DRG"¹².

De ce point de vue les auditions de la MECSS¹³ sont de première importance. Elles se poursuivent et nous continuerons à en diffuser les comptes rendus¹⁴. Parmi d'autres déclarations intéressantes, relevons-en une. D'après une dépêche APM du lundi 23 avril¹⁵ "*Il est nécessaire de mieux définir le contenu des missions d'intérêt général (MIG) pour éviter des critiques de l'Europe sur ces aides d'Etat*", a jugé le directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Frédéric van Rookeghem, lors de son audition par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat mercredi 18 avril.

"*En matière de dotations non tarifaires, la France doit préparer une stratégie européenne*" car "*on risque de nous demander un jour de justifier les dotations au titre des MIGAC [missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation] comme pour les aides d'Etat dans d'autres secteurs économiques*", a-t-il souligné devant la MECSS. Il faut quand même noter que la peur du gendarme a déjà permis un changement d'attitude de la DGOS. Chez nous aussi la peur du gendarme a parfois du bon. Justifier l'emploi des ressources publiques, c'est bien le moins, mais il y a encore des progrès à faire du côté du Ministère de la santé.

Nous avons signalé la semaine dernière la parution d'un très bon livre de l'Observatoire européen "The European Observatory on Health Systems and Policies". "**Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**" : les systèmes de type PMSI en Europe : vers plus de transparence, d'efficacité et de qualité dans les hôpi-

taux¹⁶. Une mine de réflexions et de descriptions d'expériences. Un des très bons chapitres se conclut ainsi : "*Payer les établissements de santé à la T2A¹⁷ permet de mieux mesurer la qualité de soins qu'ils fournissent. Il devient alors possible d'améliorer la qualité en créant des incitations poussant explicitement à l'amélioration des prises en charge et des traitements, en pénalisant les prestations de soins de "mauvaise qualité" ou en octroyant des fonds pour améliorer les résultats médicaux. Pour cela il est nécessaire d'améliorer de façon continue la qualité des données ainsi que celle des indicateurs disponibles pour évaluer et suivre la qualité des soins. Dans de nombreux pays, les informations concernant les résultats médicaux et la qualité des procédures ne sont pas collectées de façon systématique. Toutefois, si les modalités de financement deviennent plus évoluées, la demande et l'offre d'informations concernant la qualité des soins vont certainement aller croissantes.*"¹⁸

Le même article rappelle que "*dans les systèmes de type T2A, différentes options existent pour fonder les allocations de ressources sur la qualité de soins. Pour simplifier, il y a trois options : viser l'hôpital ; viser un GHS ou tous les GHS sur un même critère ; viser la qualité spécifique des traitements reçus par des patients particuliers, et ce, indépendamment du GHM dans lequel ils sont.*"¹⁹

Au vu des expériences américaines et européennes, plus que jamais donc, le chantier reste de pleine actualité.

Le même Observatoire européen publie cette semaine, sous forme de dossier, un numéro spécial de sa revue, intitulé "**Health systems and the financial crisis**" autrement dit "les systèmes de santé et la crise financière"²⁰. Ce numéro est présenté ainsi. "*La crise économique mondiale a affecté la plupart des secteurs, y compris le secteur de la santé. Bien que cela soit plutôt impopulaire, certains gouvernements ont réagi avec des politiques visant à réduire les dépenses publiques consacrées à la santé. Parmi les réformes les plus courantes on peut citer celles qui se sont efforcées de modérer la croissance des budgets ; celles consistant à rationaliser les programmes sociaux ; celles consistant à accroître la part des dépenses de santé payées par les ménages ; celles mettant en œuvre de vastes réformes du marché pharmaceutique.*"

Ces "réformes" posent de bonnes questions. S'il n'y a pas de politiques alternatives un peu préparées, les responsables politiques ne pourront qu'organiser la pénurie ou qu'accroître les prélèvements sur les revenus des citoyens et accroître le reste à charge des patients. Or, nous sommes tous d'accord pour dire que nous avons de grandes réserves de productivité.

L'enjeu est donc de prendre ces affirmations au sérieux et de donner le moyen aux politiques d'aller y puiser sans dégrader l'accessibilité à des soins de qualité. Productivité et organisation sont au cœur du sujet de l'avenir de nos systèmes de santé.

Dans la publication de l'Observatoire, huit pays font l'objet de monographies. Un article est consacré au point de vue des patients sur la directive européenne en préparation sur la qualification. Les expériences citées sont parfois éloignées du contexte français ou de notre système. Il n'y a pourtant ni honte

ni scrupule à aller chercher des idées, des expériences ou des enseignements dans des pays parfois plus "petits" que le nôtre.

La prestigieuse revue britannique **The Lancet** titre ainsi un de ses articles cette semaine : *"En France, le système de santé imposera des décisions difficiles au prochain Président de la République - Celui qui remportera l'élection présidentielle en France en mai, aura à résoudre certains problèmes difficiles concernant un système de santé qui est efficace mais extrêmement coûteux"*. L'article affirme entre autres qu'*"arrivé au pouvoir en 2007, Nicolas Sarkozy avait promis une réforme du système de santé, mais, par peur de la contestation, a seulement été capable de faire du bricolage"*²¹.

Aux **USA** on est souvent affligé du niveau des discussions imposées par le parti Républicain sur le système de santé. Mais les USA restent aussi un pays où la liberté d'investigation et d'expression, le pragmatisme des approches peuvent nous apprendre beaucoup. Nous en avons plusieurs illustrations cette semaine avec des articles du **New England**. Nous en signalons quelques-uns à nos lecteurs. Même si c'est un peu vexant d'aller chercher des idées ou des leçons d'organisation du système de santé aux USA, il faut lire ces articles stimulants²².

Ainsi, c'est sans trembler que David Blumenthal, Président de la **Commission on a High Performance Health System** (Commonwealth Fund, New York) affirme au nom de sa commission : *"Premièrement, la commission estime que la crédibilité du gouvernement en matière d'amélioration des performances exige des objectifs clairs, principalement en matière de contrôle draconien des coûts et d'amélioration de la qualité. Le gouvernement fédéral devrait avoir pour objectif de ramener le taux d'augmentation des dépenses nationales de santé par habitant au taux de croissance annuel prévu du produit intérieur brut (PIB) par habitant plus 0,5 % d'ici 2016 et de maintenir ce taux jusqu'en 2021. Atteindre cet objectif réduirait les dépenses nationales de santé de 893 milliards de dollars sur 10 ans et maintiendrait les dépenses de santé en pourcentage du PIB à 18,9 % en 2021, alors qu'on prévoit qu'elles atteindraient 20,1 %. L'objectif pour la qualité des soins devrait être de doubler le taux annuel d'amélioration des indicateurs de qualité suivis par l'Agency for Healthcare Research and Quality, en passant du taux actuel d'amélioration de 2,3 % à un taux 4,6 % en 2016."*

Pour cela *"les lois récentes comme l'Affordable Care Act, l'American Recovery and Reinvestment Act et l'Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, fournissent au gouvernement fédéral d'importants pouvoirs pour obtenir l'amélioration des prestations du système de santé. Ces nouveaux pouvoirs concernent tous les leviers essentiels permettant de faire progresser les performances du système : la politique d'allocation de ressources, l'organisation et l'infrastructure, la santé publique, et des informations essentielles concernant les soins. La boîte à outils nationale permettant d'améliorer les performances est maintenant bien garnie. Mais il est extrêmement difficile d'utiliser cette boîte à outils de façon efficace. Déficits budgétaires fédéraux et hausse des dépenses de santé poussent à l'adoption rapide de*

simples expédients comme la réduction des prestations et la baisse des tarifs." Nous sommes bien sur les mêmes sujets.

"La réforme du système d'allocation de ressources est essentielle pour que les acteurs de santé, et sans doute aussi pour que les patients puissent bénéficier des économies qui découleront de la réduction des coûts et de l'amélioration de la qualité. Le coût d'un des acteurs du système constitue la recette d'un autre ou l'équivalent d'un service attendu. Afin d'encourager la réduction des prestations inutiles ou d'utilité marginale, un système d'allocation de ressources incitatif aux changements de comportements doit récompenser plutôt que punir. Très au-delà de l'assurance-maladie, cette réduction concerne en effet tout à la fois les contribuables, les professionnels de santé, les entreprises et les établissements du secteur."

"Un des points fondamentaux consiste à comprendre que l'amélioration des performances exige que les médecins et les patients puissent être mis en capacité de prendre de meilleures décisions en termes de soins. Il faut pour cela qu'ils puissent disposer de la meilleure information disponible, là où ils en ont besoin et quand ils en ont besoin, afin qu'ils puissent facilement prendre la bonne décision."

"Pour des raisons à la fois humaines et pragmatiques, le gouvernement fédéral devrait commencer par concentrer ses nouvelles et fortes capacités de régulation sur l'amélioration des soins coûteux concernant les patients atteints de plusieurs maladies chroniques."

"Maintenant, les outils nécessaires à l'accomplissement d'une réforme fondamentale sont en place, mais leur utilisation exige que le gouvernement fédéral et ses partenaires privés et publics abandonnent leurs habitudes pour concevoir et mettre en œuvre un plan qui s'attaque aux causes profondes de la crise de notre système de santé."

"Alors, quelles politiques sont nécessaires pour que ces outils soient opérationnels et fonctionnent de manière efficace ?" Après avoir décrit quelques exemples de ce qui pourrait être fait Blumenthal affirme que "des recherches récentes suggère que ce type de programme pourrait économiser 184 milliards de dollars, soit environ 21 % de la cible 893 milliards de dollars d'économie sur les dépenses de santé."

Un autre article fait le bilan de l'expérience du **Massachusetts** dont on sait l'enjeu pour la campagne électorale en cours. *"L'expérience du Massachusetts devrait offrir de précieux enseignements en matière d'efforts faits au niveau des Etats ou au niveau Fédéral pour maîtriser les coûts, et ce d'autant plus que l'ACA²³ est mis en œuvre. Un de ces enseignements apparaît déjà de façon aveuglante : la croissance des dépenses de soins de santé menace l'avenir de chacun des autres services publics, celui de l'éducation comme celui de la santé publique, celui des équipements collectifs comme celui de la défense. En effet, les dépenses de santé sont le facteur déterminant de la croissance de notre dette nationale. Dans une société de ressources limitées, l'impératif de maîtrise des coûts provient désormais de l'extérieur du système de soins. La*

réforme du système d'allocation peut sans doute être considérée comme un bon début, mais une réforme fondamentale du système de distribution des soins est nécessaire si nous voulons vraiment réussir."

On pourrait continuer avec d'autres citations de ce type.

Oui, décidément, les réflexions américaines sur la façon de réformer le système de santé pour maintenir sa qualité et, chez eux, en plus, accroître de façon significative son accessibilité tout en encaissant les effets de la crise de la dette... ont beaucoup à nous apprendre.

S'attaquer aux causes profondes, sortir des simples expédients, ne plus abuser à tout bout de champ du mot "*innovation*" mais concevoir de véritables nouvelles manières de faire, plus efficaces et plus économes. Oui, vraiment, si l'on ne veut pas subir une montagne d'expédients et leurs effets pervers, il est temps de se mettre, nous aussi, au travail !

CLAHP et CME

Le CLAHP (Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée) a publié cette semaine la "**Recommandation du 14 mars 2012 relative au règlement intérieur des conférences médicales d'établissements des établissements de santé privés**"²⁴. La loi HPST²⁵ a renforcé le rôle des CME. L'expérience prouve que les CME fonctionnent de façon très différente d'un établissement à l'autre. Cela peut être dû aux habitudes locales, aux charismes de tel ou tel président ou directeur, au niveau d'engagement collectif des médecins mais aussi au statut de la clinique. On sait aussi que les conceptions de la CME sont parfois très différentes entre nous, que l'histoire locale est souvent déterminante, que les options idéologiques pèsent, que les positions de pouvoir comptent, que certains confondent "commission médicale" et "conférence médicale"²⁶, que la Tutelle est souvent ambiguë, elle aussi, qu'elle confond parfois CME et comité d'entreprise et qu'elle ne perçoit pas toujours la nécessité de maintenir l'unité de la responsabilité d'un établissement...

Un règlement intérieur type est donc difficile à mettre au point et il ne peut s'agir que d'une base minimum.

Le préambule de la recommandation du CLAHP est explicite :

"Le décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement (CME) des établissements de santé privés, pris en application de l'article L6161-2 du code de la santé publique, renforce le rôle de la CME dans la politique d'amélioration continue de la qualité.

Le nouveau dispositif confère à la CME un rôle stratégique dans la politique médicale de l'établissement et l'élaboration du projet médical conjointement avec le gestionnaire.

Convaincue que la valorisation et la reconnaissance des positions de la collectivité des médecins renforcent par ailleurs considérablement la position des établissements, les parties aux présentes ont souhaité, à travers l'élaboration d'un règlement intérieur type de CME, mettre à disposition des médecins

exerçant en établissement de santé privé un outil aidant sur le fonctionnement des CME.

Ce document constitue une base minimum de réflexion à disposition des médecins exerçant en établissement de santé privé, qui s'appuie sur les principaux textes en vigueur concernant les CME."

On peut trouver ce document un peu léger. Il l'est sans doute. Mais compte tenu de ce qui précède il ne peut que très difficilement en être autrement. L'important n'est pas là. L'important c'est que le Bloc, la CSMF, la CNPCMEHP²⁷, la FHP²⁸, la FMF et le SML²⁹ l'aient signé ensemble. C'est en effet important et significatif. Significatif du fait que le CLAHP fonctionne et peut déboucher sur des accords collectifs. Significatif aussi car ce règlement intérieur, mine de rien, prend quelques positions qui n'allaient pas forcément de soi.

Par exemple :

- La CME définit librement les modalités de son organisation.
- Les décisions de la CME se prennent à la majorité simple des suffrages exprimés.
- La conférence médicale ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins des membres sont présents ou représentés.
- Le nombre de pouvoirs est limité.
- Selon ce règlement : *"Il est souhaitable que le représentant légal et/ou directeur de l'établissement soit par ailleurs périodiquement invité à participer aux travaux de la CME, et réciproquement que le président de la CME soit périodiquement invité à participer aux réunions de l'organe de direction de l'établissement."*

Il est par ailleurs souhaitable que ce genre de document soit aussi un rappel des obligations réglementaires afin de faciliter leur traduction concrète dans le contexte local. C'est le cas ici.

C'est bien au plan local aussi qu'on peut, sur cette base, si nécessaire, aller plus loin et mettre en forme les pratiques locales et les conditions du développement d'un projet commun.

Au total, du bon travail donc. Un document utile à tous. Une bonne base de départ qui unifie l'interprofession. Merci donc à toutes les organisations qui ont su se mettre d'accord sur cette proposition commune et, n'en doutons pas, fondatrice.

Accès aux missions de service public

Le très important décret relatif aux missions de service public définies depuis HPST à l'article L. 6112 du code de la santé publique est paru au JO du 26 avril³⁰.

La FHF³¹ a tout fait pour revenir au statu quo ante. Son argumentaire veut faire croire qu'il n'y a plus, en droit, de notion de service public alors même

que celui-ci est défini par la loi. Ce qui la heurte, en fait, c'est d'avoir perdu le monopole, c'est qu'on soit sorti de la confusion service public-fonction publique. Il est difficile pour un décret de dire le contraire de la loi. Le Conseil d'Etat veille. On a pourtant vu des cas qui n'en étaient pas loin. Là était l'enjeu de beaucoup de discussions ces derniers mois au Ministère.

Le décret qui vient de paraître officialise quelques concessions faites au lobby dominant. Tout n'est pas soumis à appel de candidature et il est fait bonne place au maintien des avantages acquis³².

L'accès à la reconnaissance objective des missions de service public reste donc un combat. Il n'empêche. L'appel à candidature³³ existe, maintenant. Il comprend notamment les obligations liées à l'exercice de la mission, la durée de mise en œuvre, les modalités de suivi et les indicateurs correspondants inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et, le cas échéant, les modalités de compensation financière et les critères de sélection. Cette décision est prise par l'ARS "après avis des fédérations représentant les établissements de santé, recueilli de manière collégiale"³⁴. L'évaluation est prévue. Une procédure de renouvellement des attributions est introduite.

C'est clair : on progresse. L'Etat se modernise et se renforce. Les privilèges vont devoir se justifier. Au total le service public devrait gagner en niveau d'exigence, de transparence, de contrôle et d'efficacité. Lui aussi se modernise et se renforce. En tout cas, si l'outil n'est pas parfait, l'outil est là. Il faut maintenant s'en emparer et s'en servir pour progresser dans le sens de l'intérêt général.

Alerte sur l'espérance de vie sans incapacité

Signal faible, comme on dit en gestion de risques, ou nouvelle priorité de santé publique ?

La première réunion annuelle de l'**Action Conjointe Européenne sur les espérances de vie en santé** (JA : EHELIS³⁵) a eu lieu à Paris le jeudi 19 avril 2012³⁶. Elle a permis la diffusion d'informations nouvelles sur l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) dans les 27 pays de l'UE³⁷.

L'étude montre qu'en France l'EVSI baisse légèrement, celle des hommes passant de 62,7 ans à 61,9 ans entre 2008 et 2010, et les femmes de 64,6 ans à 63,5 ans. Selon l'INSEE³⁸, l'espérance de vie en bonne santé avait entamé sa légère baisse en 2006. D'après l'un des auteurs "*la seule explication est que l'incapacité se dégrade avant 65 ans.*" "*Cette tendance, qui est observée ailleurs en Europe et aux États-Unis notamment, n'est pas encore expliquée.*"

En terme d'EVSI, sur les 27 pays de la Communauté européenne, la France se place au 10^e rang pour les femmes et au 11^e rang pour les hommes. "*La France est coincée entre la culture des pays nordiques qui favorise énormément la longue vie en bonne santé, et les sociétés du sud, plutôt centrées sur la bonne prise en charge des malades et des mal-portants*"³⁹.

Ces données sont de première importance. Il est impératif que les chercheurs avancent sur les corrélations et surtout sur les causalités. La concomitance de cette évolution avec la crise économique est troublante. On n'en est pas à l'évolution catastrophique qu'ont connu les pays de l'ex URSS durant ces dernières décennies mais on ne peut s'empêcher d'y penser. On peut régresser, même en temps de paix. Pour l'instant nous restons les champions de l'espérance de vie, mais notre espérance de vie sans incapacité se dégrade. Mais nous voilà alertés. Il faut nous tenir en éveil, trouver les raisons pour pouvoir lutter contre.

La FHF surprend !

Pour mettre un peu d'humour, nous terminerons par un scoop. Il est important lui aussi. Sans doute, peu de nos lecteurs l'auront vu venir. Il faut donc que nous l'annoncions nous aussi.

Le Président F. Valletoux l'a annoncé solennellement lors d'une conférence de presse : **la FHF ne donne pas de consigne de vote** à ses adhérents pour le second tour de l'élection présidentielle !

Qu'on se le dise !

Le Président a poursuivi en précisant que la FHF qui a connu de nombreux gouvernements puisqu'elle "*existe depuis 1926*", "*fera avec ce qui sortira des urnes*". On se dit que, tant qu'à faire, même si on est le plus gros lobby de France, on peut aussi être plus aimable. A moins que cela suggère que lorsqu'on est très influent sur l'administration, on peut être plus serein sur le monde des "déci -deurs" politiques

Sans doute pris par l'ambiance, Edouard Couty a cru bon de préciser de son côté "*Quel que soit le gouvernement en place, nous continuerons de revendiquer de recréer un service public, ouvert sur l'extérieur et répondant aux besoins de nos concitoyens*". Ça tombe bien, nous aussi !

L'ambiance devait vraiment être chaude car on a aussi fait dire à Daniel Moïnard la ritournelle habituelle selon laquelle "*les cliniques ne prennent pas en charge les mêmes malades que les hôpitaux*". Cela devient vraiment inquiétant pour l'hôpital public : ses leaders, à force de vouloir que l'hôpital public ne prenne que des malades très spécifiques, prennent le risque d'en trouver de moins en moins de ces malades. Le service public est mieux défendu lorsqu'on accueille tous les malades... la pérennité des établissements aussi.

Plus sérieusement, la FHF a aussi présenté les "*dix actions*" qui seront à mener en priorité par le futur ministre de la santé. Il faut bien sûr en prendre connaissance. Gérard Vincent trouve utile de préciser que ces 10 grandes actions "*sont portées par les valeurs du service public*" (quand même !) mais sans être dans une vision "*hospitalo-centrée*"... Elles le sont pourtant bien "*hospitalo centrées*".

La FHF demande par exemple la création d'un Institut du patient, mais le rattaché à l'EHESP⁴⁰.

Les "filiales" sont privilégiées, et, conséquence, le libre choix du patient n'apparaît pas.

Il faut, nous dit-on, engager une évolution du modèle actuel de la T2A⁴¹, notamment pour financer plus justement les coopérations et les missions de service public. L'ONDAM⁴² servirait donc à payer le coût du refus des restructurations et financerait un monopole reconstitué par confusion entre service public et fonction publique.

Bien sûr il serait mis fin à la convergence, mais ça devient un détail, car ce qui précède institutionnaliserait les divergences.

Bref ces 10 mesures ne semblent pas toutes être à la hauteur des exigences du temps ! Dommage.

¹ Bernard Couderc est :

- Président du Comité Départemental de la Ligue contre le cancer (Hautes-Pyrénées)
- Président du Réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées ONCOMIP
- Membre du Comité exécutif et du Directoire du Cancéropole Toulousain
- Président de RESOMIP, Fédération des réseaux de Midi-Pyrénées
- Président de la Conférence des Présidents des Comités départementaux de la Ligue nationale contre le cancer de Midi-Pyrénées (Club des 10)
- Président du Comité Technique Régional de cancérologie de Midi-Pyrénées (COTER)
- Président du Conseil National de Cancérologie (CNC)
- Président de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC)
- Membre du Bureau du Syndicat national des radiothérapeutes-oncologues (SNRO)
- Membre du Bureau Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)
- Membre du Conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa)
- Membre du Conseil d'administration de la Ligue nationale de lutte contre le cancer

² Cf. le dossier : Spécial Présidentielle 2012 - *Le Monde de la santé réagit* - Le Quotidien du Médecin du lundi 23/04/2012

Cf. aussi Anne Bayle-Iniguez - *L'œil critique de journalistes sur la campagne - La santé, sujet politique « bien trop casse-gueule »* - Le Quotidien du Médecin du vendredi 27 avril 2012

³ CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

⁴ CISS : Comité interassociatif des usagers du système de santé

⁵ FMF : Fédération des médecins de France

⁶ ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

⁷ Vincent Collen - *La sécurité sociale est fragilisée par l'atonie de l'emploi* - Les Echos du vendredi 27 avril 2012

⁸ Cité par Didier Burg - *Pays-Bas : accord politique in extremis sur le plan de rigueur* - Les Echos du vendredi 27 avril 2012

⁹ Christophe Deschamps - *Hausse du ticket modérateur, remboursements rabotés* - Le sys-

- tème de santé espagnol victime de la cure d'austérité* - Le Quotidien du Médecin du mercredi 25 avril 2012
- ¹⁰ Le pire, heureusement, n'est jamais sûr. Mais les institutions qui s'écartent trop de leur objet, ou y répondent trop peu, lorsque cet objet les justifie, prennent le risque de se voir un jour contestées. Cela est vrai aussi de nos institutions en santé. Rappelons-nous ce qui est arrivé à l'ANAES...
- ¹¹ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ¹² DRG : Diagnosis related group (équivalent de nos groupes homogènes de malades - GHM)
- ¹³ MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
- ¹⁴ Cf. en particulier nos mails UNHPC 12/266 du samedi 14 avril 2012 et UNHPC 12/293 du mardi 24 avril 2012
- ¹⁵ Dépêche APM : cb/ab/APM polsan - CBPDN003 23/04/2012 18:59 ACTU
- ¹⁶ L'Observatoire européen "The European Observatory on Health Systems and Policies" publie aujourd'hui un livre intitulé : "*Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*" (les systèmes de type PMSI en Europe : vers plus de transparence, d'efficacité et de qualité dans les hôpitaux). Cf. mail UNHPC 12/257 du 11 avril 2012 ou <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/diagnosis-related-groups-in-europe>. Téléchargeable gratuitement. Le livre peut entre autres s'acheter chez l'éditeur sur : <http://mcgraw-hill.co.uk/html/0335245579.html>. Une "Kindle edition" gratuite est disponible sur <http://www.amazon.fr>. "*Ce livre est destiné à contribuer à l'émergence d'un langage commun afin de faciliter la communication entre les chercheurs et les responsables politiques qui se consacrent à l'amélioration du fonctionnement et du financement du secteur hospitalier de court séjour.*"
- ¹⁷ T2A : Tarification à l'activité
- ¹⁸ Livre cité, article de Zeynep Or and Unto Häkkinen - *DRGs and quality: For better or worse?* - chapter eight - p. 126
- ¹⁹ Idem p. 121
- ²⁰ *Health systems and the financial crisis*, Eurohealth (Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies)
Cf. mail UNHPC 12/303 du vendredi 27 avril 2012 ou <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/eurohealth/health-systems-and-the-financial-crisis>
- ²¹ Kim Willsher - *France's next president faces tough decisions on health* - April 21, 2012 - Volume 379 - Number 9825 - p. 1473 - 1474
Téléchargeable sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960616-3/fulltext>
- ²² Cf. mail UNHPC de ce jour ou <http://www.nejm.org/>
- David Blumenthal, M.D., M.P.P. - *Performance Improvement in Health Care - Seizing the Moment* - April 25, 2012 (10.1056/NEJMp1203427)
- J. Michael McWilliams, M.D., Ph.D., and Zirui Song, B.A. - *Implications for ACOs of Variations in Spending Growth* - April 25, 2012 (10.1056/NEJMp1202004)
- Zirui Song, B.A., and Bruce E. Landon, M.D., M.B.A. - *Controlling Health Care Spending - The Massachusetts Experiment* - April 26, 2012 (n engl j med 366;17)
La semaine dernière (mail UNHPC 12/291 du lundi 23 avril 2012) Andrew Ryan, Ph.D., and Jan Blustein, M.D., Ph.D. - *Making the Best of Hospital Pay for Performance* - April 18, 2012 (10.1056/NEJMp1202563)
Au début du mois, dans notre chronique 12/13 du lundi 2 avril 2012 et par mail UNHPC 12/246 du mardi 10 avril 2012, nous avons signalé Ashish K. Jha, M.D., M.P.H., Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., E. John Orav, Ph.D., and Arnold M. Epstein, M.D. - *The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes* - This article (10.1056/NEJMs1112351) was published on March 28, 2012, and updated on March 29, 2012, at NEJM.org. N Engl J Med 2012;366:1606-15. Une dépêche APM du 26 avril nous signale que le président de la HAS, Jean-Luc Harousseau, lors de son audition par la MECSS au Sénat le 11 avril dernier, a évoqué cet article. Du coup la dépêche le résume. Cf. Dépêche fb/ab/APM polsan - FBPD001 26/04/2012 00.01 ACTU

- ²³ ACA : Patient protection and affordable care act (“réforme Obama”)
- ²⁴ Cf. mail UNHPC 12/295 du mardi 24 avril 2012
- ²⁵ HPST : Loi “hôpital patient santé territoire” (Loi 2009-879 du 21/7/2009 dite "loi Bachelot).
- ²⁶ Dans les établissements publics ou assimilés, CME : Commission médicale d'établissement. Dans les établissements privés, CME : Conférence médicale d'établissement
- ²⁷ CNPCMEHP : Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- ²⁸ FHP : Fédération de l'hospitalisation privée
- ²⁹ SML : Syndicat des médecins libéraux
- ³⁰ Cf. mail UNHPC 12/301 du vendredi 27 avril 2012
- ³¹ FHF : Fédération hospitalière de France
- ³² Pour la mise en œuvre des premiers schémas régionaux d'organisation des soins, le décret prévoit que les établissements de santé exerçant une mission de service public à la date du 22 juillet 2009 sont désignés, sans appel à candidatures, pour assurer cette mission.
- ³³ Cf. l'article R. 6112-3
- ³⁴ Cf. l'article R. 6112-5
- ³⁵ JA EHLEIS : Joint action European health and life expectancy information system or more simply the “Joint action on healthy life years”
- ³⁶ Communiqué INED du 19/04/12 : L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) indique combien de temps on peut espérer vivre sans incapacité. Elle est calculée annuellement pour tous les pays de l'Union européenne depuis 2005. Ces chiffres sont rendus publics dans le cadre de la première réunion annuelle de l'Action conjointe européenne sur les espérances de vie en bonne santé (EHLEIS pour European Joint Action on Healthy Life Years), organisée à Paris ce jeudi 19 avril 2012 à l'invitation du Ministère français de la santé. Cette action conjointe européenne est dirigée par la France, sa coordination a été confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). L'Institut national d'études démographiques (Ined) est partenaire de ce projet.
Cf. : http://www.ined.fr/fr/presse/communiqués_dossiers_presse/bdd/dossier_id/43/
Cf. aussi : Action Conjointe Européenne sur les espérances de vie en santé
<http://www.sante.gouv.fr/ja-ehleis-premiere-reunion-annuelle-de-l-action-conjointe-europeenne-sur-les-esperances-de-vie-en-sante-le-19-avril-2012.html>
Cette réunion a pour objectif de rendre publiques les nouvelles valeurs pour 2010 de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité (HLY) dans les 27 pays de la Communauté, ainsi que d'examiner les effets de diverses stratégies permettant d'atteindre l'objectif européen d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité (HLY) de deux années d'ici à 2020.
- ³⁷ On peut télécharger une fiche de description du projet European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS) sur :
<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=ehleis&source=web&cd=4&ved=0CEQQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.eurohex.eu%2Fpdf%2FEHLEISgasteinposter%2520ver3.pdf&ei=z5ydT7uuCsix0QXd17yCDw&usg=AFQjCNGqqFgkGGIhu7W6SFa2T1CFx1MmTw>
ou un dépliant descriptif sur : http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=ehleis&source=web&cd=5&ved=0CEwQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.eurohex.eu%2Fpdf%2Fflyer.pdf&ei=z5ydT7uuCsix0QXd17yCDw&usg=AFQjCNE3m-mZywqjXyKUCElw3xgv_43eg
Le site de l'European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) est le suivant : <http://www.eurohex.eu/>
- ³⁸ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- ³⁹ Cf. : Cécile Rabeux - Une étude dans 27 pays européens - *Baisse de l'espérance de vie en bonne santé en France* - Le Quotidien du Médecin du 24/04/2012
- ⁴⁰ EHESP : Ecole des hautes études de la santé publique (ancienne ENSP : École nationale de la santé publique, dite école de Rennes)
- ⁴¹ T2A : Tarification à l'activité
- ⁴² ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Dette, financement et avenir du système

***"Rassembler et associer
chaque citoyen
à l'action commune
pour relever le défi
de la préservation de
notre modèle social"***

Date de parution : lundi 7 mai 2012

Mots types : DGOS - Modèle - Financement USA - Ethique - Economie - Coût - Rationnement - Pertinence - Bonnes pratiques - Choosing Wisely - Chine - Entreprises publiques - Médecine et rationalité - Indépendance - Laboratoires - Biologie - Fr. Hollande

La DGOS anime des groupes de travail sur "l'évolution du modèle de financement". La question dépasse la contestation à la mode de la T2A. S'il en était besoin, les débats sur le même thème, aux USA, cette semaine, nous le montrent. Pour eux il s'agit tout à la fois d'étendre les droits et de maîtriser l'évolution des dépenses. A l'autre bout de la planète, l'évolution du modèle économique chinois interroge. Dans l'actualité nous relèverons deux anecdotes qui posent question. L'une sur les relations entre médecine, rationalité et pratiques non conventionnelles ; l'autre sur la revendication d'indépendance des laboratoires de biologie. Enfin, comment ne pas évoquer aussi, très brièvement, le résultat des élections présidentielles ?

DGOS et évolution du modèle de financement

Cela ne fait pas beaucoup de bruit. Pourtant, à la DGOS¹, le "groupe de travail" sur "l'évolution du modèle de financement" et le "groupe expert" sur "le financement à la qualité" progressent². Cela peut paraître lointain pour les établissements qui se battent avec un quotidien chargé et difficile. Cela ne l'est pas. Quoiqu'il en sorte, ces travaux, ces réflexions existent et ils influenceront notre avenir.

Le groupe de travail "Evolution du modèle de financement" a un programme chargé pour 2012. Il se penche sur :

- 1) les coûts de la réanimation et des soins critiques
- 2) l'évolution structurelle et macroéconomique des USC³
- 3) les comptes de résultats analytiques des structures de médecine d'urgence
- 4) l'étude de coût différentiel programmé / non programmé

- 5) le financement des établissements et activités isolés
- 6) l'adaptation du modèle de financement de la MIG précarité sur la base d'indicateurs géo-populationnels

En ce qui concerne le paiement à la qualité F. Faucon précise qu'il s'agit d'incitation à l'excellence dans le domaine de la qualité plutôt que de paiement à la performance ou de financement à la qualité. Il rappelle que ce modèle n'a pas vocation à financer la qualité, car la qualité à "l'état de l'art" est payée dans les tarifs. L'idée est donc d'identifier les établissements qui vont au-delà de l'état de l'art. Diabole ! Le scénario validé est celui d'un modèle incitatif sans sanction financière. En conséquence, l'objectif est de concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir des indicateurs qualité généralisés et de simuler une valorisation financière en lien avec cette évaluation. Voilà qui paraît plus réaliste, même si cela soulève beaucoup de questions. Les indicateurs qualité de la DGOS, la HAS⁴, la certification et COMPAQH⁵ sont au cœur du débat, l'ANAP⁶ et Hospi-Diag devraient y être associés. L'articulation avec les indicateurs de performance prévus par l'article 57 de la LFSS⁷ de 2012 est à faire.

Vaste chantier. Des expérimentations sont prévues, des volontaires sont recherchés. Les travaux initiés par la FHP-MCO et animés par Alain Coulomb et Paul Garassus nous seront bien utiles.

USA : débat sur l'origine des réductions de coût

Deux articles du dernier numéro du New England se contredisent parfois et font débat sur la question de savoir ce qui est dominant pour résoudre la question du financement de nos systèmes de santé. L'exigence de bonnes pratiques ou une définition restrictive du "panier de soins" ?

Dans le premier article, "**From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance**" - D'une éthique de rationnement à une éthique de la prévention des mauvaises pratiques⁻⁸, l'auteur, H. Brody, constate que la question éthique dominante face au problème du financement de notre système de santé se déplace. L'éthique médicale a longtemps abordé la maîtrise des coûts au titre de la répartition des ressources rares. Les éthiciens travaillaient surtout dans la perspective d'un rationnement des soins. "*Ayant ainsi nommé le clou qu'il fallait enfoncer, l'éthique médicale l'a enfoncé avec le marteau des théories de la justice distributive*".

Mais aux États-Unis, le débat éthique est en train de passer du rationnement à la prévention des actes inutiles, de la fraude et des abus. Des études récentes montrent en effet que les actes inutiles y représenteraient plus de 30 % des dépenses de santé. En plus ils seraient une des causes majeures de la croissance des dépenses de santé. Les sommes sont tellement énormes (2,5 milliards de \$) que les responsables politiques veulent aller doucement dans le sens de leur réduction car aller trop vite "*mettrait le secteur en péril*"... Le débat éthique

se déplace donc. Réduire les actes inutiles devient un impératif éthique majeur.

Pour l'auteur, cette modification de perspectives est peu remarquée mais elle a des implications politiques importantes car ce déplacement en souligne un autre. Les responsables politiques étaient les premiers concernés par l'éventualité d'un rationnement des soins. Par contre, ce sont les médecins qui sont en première ligne en matière de réduction des actes inutiles. *"Nous savons maintenant que les interventions futiles peuvent être faites non seulement en raison de la demande des patients, mais aussi par des médecins qui agissent par habitude, par intérêt financier ou sur la base d'éléments de preuves imparfaites. Mais la frontière entre une sage bonne pratique et le gaspillage est souvent floue. L'éthique de la prévention des pratiques inadaptées est donc en partie une composante de l'éthique de professionnalisme."*

L'auteur conclut son article par des questions lourdes. *"Le défi qui est posé par cette nouvelle approche est celui du professionnalisme des médecins. Est-ce que les médecins américains seront à la hauteur ? Est-ce qu'ils sauront suffisamment s'impliquer dans la prise en charge de la santé de leurs patients tout en assurant la maîtrise des coûts pour qu'ils restent abordables ? Sauront-ils le faire dans un avenir suffisamment proche ?"*

Le second article est intitulé **"Beyond the 'R Word'? Medicine's New Frugality"** - Derrière le mot tabou de rationnement, une nouvelle frugalité en médecine ? -⁹. Son auteur, M. Gregg Bloche, y développe un point de vue souvent opposé. Le mieux est de citer plusieurs passages de son article.

"Tout doucement, les décideurs de Washington ont commencé à admettre la nécessité d'évaluer la balance coût efficacité en matière de soins pour que notre pays puisse éviter la ruine financière. Imputer les coûts sur les prestations est de simple bon sens dans d'autres domaines - et parmi les professionnels des politiques de santé. Mais c'est un anathème dans le débat public sur le système de soins. Pour faire des compromis en silence, les politiciens invoquent le "mot R" - le rationnement."

"Démocrates et les Républicains se sont bloqués sur un scénario classique : abandonner les prestations qui ne paraissent pas assez utiles. Les propositions des deux partis se sont ainsi focalisées sur la coordination des soins, l'efficacité administrative et l'élimination des interventions inutiles."

"Affirmer que 30 % des dépenses de santé, ou 800 milliards de dollars par an, sont gaspillés par des actes inutiles est devenu un lieu commun."

"Faire des analyses critiques, relever les actes inutiles, tout cela est facile a posteriori. C'est beaucoup plus difficile à reconnaître au moment de prendre une décision médicale."

L'auteur signale cependant la campagne dénommée "Choosing Wisely" lancée par l'American Board of Internal Medicine Foundation¹⁰. Cette fondation a réussi à fédérer 17 sociétés de spécialités médicales dans un effort visant à dé-

courager la surutilisation de certains tests et de certains traitements¹¹. Nous circulariserons très vite les documents supports de cette campagne.

Mais en même temps il relativise la portée de tels efforts : *"se contenter d'éliminer les prises en charge inefficaces ne ferait que tirer la courbe vers le bas et ne changerait pas sa pente"*.

"A contrecœur, les décideurs ont commencé à reconnaître cette réalité. Leurs discours convenus ne changent pas, mais leurs actions oui. Certaines dispositions controversées de la réforme Obama découragent le développement et l'utilisation de techniques qui offrent des avantages thérapeutiques". L'auteur signale aussi des initiatives fiscales tant Démocrates que Républicaines qui alourdissent la charge sur les salaires et encouragent à la *"frugalité"* en matière d'accès aux soins.

"La nouvelle frugalité peut maintenir les dépenses médicales à un taux de croissance à long terme soutenable à condition que les mesures d'incitation visant à freiner l'adoption et l'utilisation des nouvelles techniques soient progressives. Mais les décideurs officiels prendraient un grand risque en refusant d'admettre que cette contrainte signifie que l'on renonce à certains progrès thérapeutiques."

"Lorsque, en 2000, la Cour suprême américaine a déclaré : « l'incitation au rationnement des soins est au cœur des démarches de type HMO », elle a reconnu ce qui n'était pas dit dans les politiques qui les ont mis en place."

"On parle d'un « grand marchandage » sur le déficit fédéral, mais tout accord qui ne prendrait pas en compte le coût de la santé serait chimérique. Medicare et Medicaid sont les principaux moteurs de cauchemardesques prévisions de déficit à long terme et les dépenses de santé américaines sont en passe d'atteindre plus d'un quart du PIB d'ici 2035. Démocrates et les Républicains doivent se rassembler pour dire aux Américains que nous ne pouvons pas nous payer tout ce que la médecine peut offrir - et que nous devons faire des choix douloureux entre la couverture maladie et d'autres besoins."

Ces débats sont éclairants et pleins d'enseignements pour nous aussi. En fait il en ressort, comme le dit d'ailleurs Howard Brody, l'auteur du premier article qu'*"en fin de compte, l'éthique nécessaire au rationnement et l'éthique nécessaire à la prévention des mauvaises pratiques sont complémentaires et non concurrentes."*

Compte tenu des problèmes de la dette, nous savons que l'économie sera de plus en plus au cœur de la démarche médicale. Son arrivée renforce l'exigence éthique. Cela paraît nouveau et difficile pour certains, mais, au total, qui ne s'en réjouirait ? Au cours de l'histoire, l'introduction de la dimension économique dans une activité a toujours élevé le niveau de professionnalisme et le niveau éthique des comportements. Il n'y a pas de raison que cela ne soit pas le cas en matière de santé aussi.

Ce qui manque à ces articles c'est la dimension de la productivité des individus, des structures et des organisations. C'est toute la question de l'évolution de nos métiers et de celle du "reengineering" de nos organisations et du mode

de financement du système. Ce n'était pas leur sujet premier, mais cela reste l'arrière-plan incontournable et trop peu travaillé car encore trop tabou des deux côtés de l'Atlantique.

La France et le "modèle" chinois

"Un étudiant est venu me demander ce que la France peut apprendre du modèle chinois. C'était absolument impensable avant 2008 !" Cet étonnement d'un professeur chinois à l'issue d'un enseignement donné dans le cadre d'un MBA à l'Essec a suscité un dossier dans le Monde Eco & Entreprise de mercredi¹². "L'anecdote du professeur Wang n'est pas qu'insolente pour les Occidentaux, elle le fait tout autant sourire du point de vue chinois. Car, de l'intérieur, le système est sous le feu des critiques."

Reprenons quelques points centraux de ce dossier.

Le système y est décrit comme "résumé par la formule « le public avance, le privé recule »"

Mais, "le capitalisme d'Etat est contraire à l'efficacité puisque les acteurs ne concourent pas pour créer de la richesse mais appliquer une politique".

"Dans ce système, les banques prêtent sans compter puisque l'Etat sera toujours là pour payer. Il suffira, au pire, de repousser l'échéance des prêts ou d'en accorder de nouveaux. Rien de plus simple puisque la banque centrale n'est pas indépendante et garantit des taux d'intérêt faibles."

"La première défaillance du capitalisme d'Etat est de mener à une concentration de richesse parmi une élite politique ou au moins connectée politiquement plutôt qu'à une distribution plus large des bienfaits de la croissance. La Chine est l'un des pays les plus inégalitaires de la planète et le capitalisme d'Etat en est une cause directe."

Le modèle a ses avantages, "il permet certaines réalisations importantes au mépris de leur coût". Mais "la véritable efficacité consiste à produire avec des ressources limitées".

Les choses se compliquent lorsque "apparaissent des problèmes massifs de mauvaise allocation des capitaux et, au final, une crise de la dette. Comme les signaux de prix sont distordus et les incitations politiques extérieures au système, le modèle est maintenu longtemps après le point au-delà duquel il devrait être abandonné. Beaucoup en Chine ont compris cela, mais il est très difficile politiquement d'abandonner ce modèle".

"Les entreprises d'Etat, par exemple, ont déjà été profondément réformées, certaines sont performantes, d'autres non. Actuellement, le pouvoir essaie d'introduire plus de transparence dans leur gouvernance. Mais ça ne fonctionne pas : les dirigeants sont désignés par le "département du personnel" du Parti, qui noyauté les conseils d'administration."

"Tout va dépendre du niveau d'implication du secteur privé que l'Etat consentira. Dans l'automobile et les télécoms, il a renoncé à soutenir un seul champion national inefficace, et a laissé se développer de nouveaux acteurs privés, qu'il a ensuite aidés. Mais s'il n'accepte pas cette diversité et cette concurrence public-privé dans les domaines technologiques qu'il juge stratégiques, il y a un gros risque de gaspillage."

"Le 27 février, un épais rapport de la Banque mondiale soutenu par le très probable futur premier ministre, Li Keqiang, insistait sur la nécessité d'une « diversification graduelle de la propriété » des entreprises publiques."

La Chine peut paraître un monde lointain et ses immenses problèmes dépasser l'entendement. Ces analyses sont d'autant plus intéressantes pour mieux connaître ce monde étrange mais si important pour notre avenir commun. Elles donnent à penser. Pour autant, il serait sans doute inutilement provoquant et déplacé de faire quelque parallèle que ce soit avec certaines de nos situations... Quoique, de façon très lointaine...

Médecine et comportement rationnel

Un médecin hospitalier, femme, bien en place, me raconte que son bébé est beaucoup plus détendu depuis quelques jours et qu'elle s'en réjouit. Le bébé criait pas mal. Elle a consulté ses collègues et son pédiatre. Cela ne changeait pas grand-chose. Elle me raconte qu'elle l'a amené chez un ostéopathe. Plusieurs de ses collègues médecins et mères de famille avaient fait de même. Je m'étonne un peu. On me rétorque péremptoirement que *"nous les médecins nous ne savons pas traiter les questions de confort du malade. On n'est pas formé pour ça."*

Décidément la médecine change, mais les médecins aussi. A partir de cette anecdote, deux questions se posent. Après ce qu'on dit être 12 ans d'études scientifiques, où est le rationnel dans l'approche métier qui en découle ? Malgré les progrès des dernières années en termes "d'approche globale du malade", n'y a-t-il pas encore beaucoup à faire pour que l'hôpital forme à nouveau des médecins plutôt que des techniciens ?

Ce sont les Américains qui tout à l'heure parlaient de hausser le niveau professionnalisation de leurs médecins ?

L'indépendance des laboratoires de biologie

D'après le Quotidien du Médecin *"Dans une lettre signée par son président François Blanchecotte, le SDB¹³ demande à François Hollande et Nicolas Sarkozy de protéger les laboratoires de proximité « attaqués par des fonds spéculatifs » et de préserver leur indépendance."*¹⁴

Ce n'est pas nouveau et les biologistes ont su faire des campagnes médiatiques sur ce thème. Mais leur passivité sur ce même sujet lors de la rédaction de l'ordonnance qui leur est consacrée pose toujours question.

Pourquoi les biologistes qui veulent "*rester indépendants*" ne profitent-ils pas de l'ouverture faite par l'ordonnance pour se donner les moyens de leur revendication et solliciter auprès du législateur une "loi spéciale" qui leur ouvrirait le droit coopératif et leur permettrait d'avoir des statuts adaptés ? Seul ce corps de droit peut en effet assurer l'autonomie et l'indépendance de leurs laboratoires. L'Europe le promeut. L'ONU a fait de 2012 l'année internationale des coopératives. En dehors du Ministère de la santé, tous les autres ministères techniques en ont largement usé en France, à l'initiative de ministres de droite comme de gauche. Les leaders de la profession savent tout cela.

Alors, que veut dire la revendication des biologistes ? Veulent-ils réellement prendre les moyens de l'indépendance de leurs laboratoires ? L'expérience montre jusqu'à maintenant que non. Alors, comment interpréter le fait que cette revendication perdure ? Mystère. Certains esprits mal tournés pourraient penser que certains de ceux qui crient au loup aimeraient bien se faire manger par lui. Cela ne serait pas très professionnel.

François Hollande Président de la République

Au moment de boucler la rédaction de cette chronique, nous apprenons que le prochain Président de la République sera François Hollande.

Avec Nicolas Sarkozy on nous promettait la poursuite de ce qui a été fait. Avec François Hollande on nous a promis des politiques de soutien à l'hôpital public. Tout cela c'était au premier tour.

La santé a été complètement absente du second tour.

La "gauche" revient donc au pouvoir.

En matière de santé elle s'était plutôt bien débrouillée lors de ses derniers passages aux responsabilités. La situation à laquelle elle a à faire face aujourd'hui est beaucoup plus difficile. Depuis, il semble aussi qu'en son sein les conservateurs corporatistes aient gagné en capacité d'influence. Parvenu aux responsabilités, pourvu que le nouveau Président ne leur accorde pas trop de place ! L'enjeu est bien de maintenir ou d'accroître notre capacité de service sans systématiquement faire payer plus cher les citoyens.

En tous les cas on ne connaît pas de véritable projet, hors une rhétorique de défense de l'hôpital public qui n'a pas vraiment de sens. Les équipes ne semblent pas prêtes, ou alors tout est resté bien caché. Sans être emphatique, c'est bien l'avenir de notre modèle social qui est en jeu. Si on veut le sauver, il faut que les lignes bougent.

Au lendemain des élections, les choses commencent donc. Elles seront difficiles. Elles sont très techniques. Souhaitons bon courage à nos nouveaux diri-

geants. Il leur en faudra. Loin des querelles public-privé il faudra qu'ils sachent rassembler autour de quelques fondamentaux. Le nouveau Président n'a de cesse d'exprimer sa volonté de rassembler. C'est de bon augure.

L'actualité immédiate, sur les mois de mai et de juin, va être pesante. Les échéances internationales s'imposent dans le calendrier. Les échéances des législatives aussi. Le secteur de la santé ne sera donc pas au premier rang des préoccupations du Président. A moins d'un événement médiatique important, elle ne le sera sans doute pas non plus au niveau des débats publics. Il n'y a donc pas grand-chose à attendre des prochaines semaines, sauf, le cas échéant, à participer à de discrets travaux préparatoires avec les équipes pressenties.

Dans l'immédiat, deux sujets sont quand même à suivre plus particulièrement.

- Celui de la personnalité qui sera nommée au Ministère de la santé. D'après les médias, les choses sont à peu près faites. Cela ne nous en dit pas beaucoup plus sur la politique qui sera menée. La composition du cabinet sera sans doute un peu plus parlante : y verra-t-on plus de techniciens pétris du sens du service public ou de représentants du lobby public ?
- Celui du champ de responsabilité qui sera confié au Ministère de la santé sera un autre premier test. Quel sera son périmètre ? La régulation financière lui sera-t-elle confiée ? Si tel est le cas, les choses seront difficiles, les conflits d'intérêts paralysants demeureront. Si ça n'est pas le cas, on a des chances d'avoir un ministère de la santé qui s'occupe plus de la santé des Français que de la "défense" du secteur public. Nous aurions alors beaucoup plus facilement notre place dans les débats, même si la rigueur s'imposera avec plus de force encore. Mais les échéances sont là.

Comme le dit le nouveau Président : il faudra savoir "*concilier rigueur et croissance*". Compte tenu du passé, la rigueur s'impose. La croissance, on l'espère, et on sait qu'il va y travailler. Nous dépendons de l'Europe.

Professionnels de santé, il nous faudra à tous lucidité, courage, capacité de dialoguer, de proposer, de risquer, d'entreprendre.

Il va falloir réformer un secteur qui n'en peut plus de réformes et d'expédients, qui n'aspire qu'à une chose, le calme. Un secteur où beaucoup croient à la possibilité de retour au statu quo ante, ce qui n'est bien sûr pas possible. Un secteur qui a l'habitude de faire payer aux autres ses difficultés à répondre aux exigences du temps et à trouver en son sein les ressources de productivité nécessaires. Mais "les autres" ne veulent plus payer et le boomerang de la dette nous tombe dessus.

Au travail donc. Souhaitons-nous à tous bon vent, le pays en aura bien besoin.

Cette nuit, dans son premier discours de Président, le soir même de son élection, à Tulle, François Hollande a dit fortement vouloir que son mandat soit jugé sur le sens de la "*justice*". Nous sommes au cœur de la question de la justice distributive dans nos sociétés. L'évolution de notre secteur sera donc au premier rang.

Il a dit fortement vouloir "*rassembler et associer chaque citoyen à l'action commune pour relever les défis qui nous attendent. Et ils sont nombreux ! Et ils sont lourds !*". Pour illustrer, citant plusieurs de ces "défis", très vite il a nommé "*la préservation de notre modèle social pour assurer à tous l'accès aux services publics*". C'est bien le sujet.

Modestement, à sa place, il peut compter sur l'UNHPC.

¹ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

² Cf. les importantes "Fiches réflexes" de la FHP-MCO n° 2012- 04-07-LD Groupe Expert « P4P » Financement à la qualité et n° 2012 - 04 - 08 - LD : Groupe de travail « Evolution du modèle de financement »

³ USC : Unités de surveillance continue

⁴ HAS : Haute autorité de santé

⁵ COMPAQH : Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière

⁶ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁷ LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 - JORF n°0296 du 22 décembre 2011 page 21682 - texte n° 1 - NOR: BCRX1125833L - Article 57 qui complète par un troisième alinéa l'article L. 6114-3 qui devient :

Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3.

Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques.

Ils fixent, dans le respect de la déontologie des professions de santé, des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret, après consultation de la Haute Au-

torité de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application du dernier alinéa de l'article L. 6114-1. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret.

Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel.

- ⁸ Howard Brody, M.D., Ph.D. - *From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1203365 - published on May 2, 2012, at NEJM.org.
- ⁹ M. Gregg Bloche, M.D., J.D. - *Beyond the "R Word"? Medicine's New Frugality* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1203521 - Published on May 2, 2012, at NEJM.org.
- ¹⁰ Selon le communiqué de presse "*U.S. physician groups identify commonly used tests or procedures they say are often not necessary*" du 4 avril dernier : "*The Choosing Wisely campaign is designed to help physicians, patients and other health care stakeholders think and talk about overuse of health care resources in the United States. By creating and releasing today's lists, the groups aim to stimulate discussion about the need – or lack thereof – for many frequently ordered tests or treatments, many of which are requested by patients. The groups also hope to support physician and patient relationships by encouraging specific conversations about appropriate individualized testing and treatment plans.*"
Cf. le site de la Foundation : <http://www.abimfoundation.org/>
Cf. le site ouvert pour la campagne "Choosing Wisely" : <http://choosingwisely.org/>
- ¹¹ L'ASCO (American society of clinical oncology) fait partie des sociétés qui se sont impliquées dans la campagne. Elle a elle aussi sorti sa liste de "5 choses qui doivent interroger les médecins et les patients" - "Five Things Physicians and Patients Should Question". Nous en reprenons ici les titres.
- 1 - Don't use cancer-directed therapy for solid tumor patients with the following characteristics: low performance status (3 or 4), no benefit from prior evidence-based interventions, not eligible for a clinical trial, and no strong evidence supporting the clinical value of further anti-cancer treatment.
 - 2 - Don't perform PET, CT, and radionuclide bone scans in the staging of early prostate cancer at low risk for metastasis.
 - 3 - Don't perform PET, CT, and radionuclide bone scans in the staging of early breast cancer at low risk for metastasis.
 - 4 - Don't perform surveillance testing (biomarkers) or imaging (PET, CT, and radionuclide bone scans) for asymptomatic individuals who have been treated for breast cancer with curative intent.
 - 5 - Don't use white cell stimulating factors for primary prevention of febrile neutropenia for patients with less than 20 percent risk for this complication.
- Cf. : http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/04/5things_12_fact-sheet_Amer_Soc_Clin_Onc.pdf
- ¹² Dossier : Harold Thibault - *Chine : le capitalisme d'Etat se fissure - Le modèle économique chinois miné de l'intérieur* - Jean-François Huchet, propos recueillis par Antoine Reverchon - *Un Parti communiste sans propriété publique est inimaginable* - Le Monde, supplément Eco & Entreprise - mercredi 2 mai 2012, p. 4-5
- ¹³ SDB : Syndicat des biologistes
- ¹⁴ S. Toubon - *Les biologistes demandent au prochain président de préserver leur indépendance* - Le Quotidien du Médecin du jeudi 3 mai 2012

Annonce - Anapath - Suisse - Japon

***Il est des rapports importants
parce qu'ils débloquent
des chantiers fondateurs.***

***Il est des expériences étrangères
qui peuvent nous aider
à sortir de la crise du financement
du système de santé.***

Date de parution : lundi 14 mai 2012

Mots types : INCa - Etude - Annonce - Ressenti - Patients - Ligue - DREES - Ministère - Anatomie et cytologie pathologiques - DGOS - Japon - USA - Régulation - Tarifs - Prix - PIB - Réseaux - Suisse - Managed care

Ne boudons pas notre plaisir. Cette semaine a vu la publication de deux rapports "innovants", comme on dirait au Ministère. Chacun constitue en effet une petite révolution. L'un concerne l'anatomopathologie, l'autre le dispositif d'annonce. Bien sûr ce ne sont que deux rapports de plus. Mais ils sont, du moins peut-on l'espérer, le signe d'un début de changement d'orientation aussi nécessaire qu'attendu.

Par ailleurs on vide les placards, ou on veut laisser quelques traces supplémentaires avant de partir, ou les deux... La machine à faire de la réglementation tourne donc à plein. Nos envois en témoignent. Ils ne sont pourtant pas exhaustifs et nous ne pouvons tout évoquer ici.

Pour le reste, c'est l'attente. On ne sait pas ce que nous réserve le nouveau Gouvernement. Si on devine assez aisément les exigences de ces temps de crise, on ne sait pas encore ce que nous préparent les nouveaux élus. Du coup l'actualité concernant les systèmes de santé à l'étranger prend du relief cette semaine encore. Elle incite à la réflexion et à la préparation de l'avenir sur plusieurs sujets importants. Nous retiendrons cette semaine deux exemples pris au Japon et en Suisse.

Etude INCa sur le ressenti de l'annonce

Après celle de la Ligue¹, "**l'étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011**" faite par l'INCa² vient de paraître. Elle est importante à tous égards.

Là aussi rappelons très rapidement l'historique pour mieux percevoir le changement de perspectives. Les Etats généraux des malades organisés par la Li-

gue en 1998, 2000 et 2004 soulignent qu'il faut améliorer la façon dont on annonce aux malades qu'ils sont atteints d'un cancer. Trop de cas inadmissibles dans la forme comme dans le fond sont rapportés et repris pas la presse. On parle d'abord de consultation d'annonce, puis de consultation longue, puis de dispositif d'annonce. A la Ligue, un groupe de travail composé de malades et animé par Philippe Bergerot travaille longuement à un document qui fait le point sur ce que demandent les malades³. Dès réception par le Ministère de ce document d'expression d'intentions il est rebaptisé "cahier des charges" et un appel à candidature pour une expérimentation est lancé. L'UNHPC dénonce la méthode, demande l'élaboration d'un vrai cahier des charges⁴ et propose de ne retenir que les dossiers pourvus d'un engagement clair à faire quelque chose. Il paraît que l'UNHPC "*provoque*". Les patients qui la soutiennent se font rudement rembarrer. Au comité de sélection on explique longuement que tout va mal dans les "*petits établissements*" et que tout va bien dans les "gros". Moyennant quoi il n'est retenu qu'une clinique et pas un seul CH pour l'expérimentation ! Certains des lauréats n'ont même pas dit ce à quoi ils s'engageaient. Le Cabinet du Ministre sent le piège et rallonge l'enveloppe à 3 millions d'euros décidant de lui-même de mettre des CH et des cliniques. Très vite certains "gros" bloquent : ils ne peuvent pas démarrer l'expérimentation puisque l'argent pour créer des postes d'infirmières ne leur est pas arrivé. On voit donc tout de suite la dérive : les malades demandaient plus de "*respect*". Cette demande débouchait sur du temps médical dévolu, un vrai et long "colloque singulier". On leur répond "*consultation infirmière*" et création d'emplois dans les services. Pas de débat possible. Si vous vous étonnez, on vous rétorque : "*Pourquoi, vous êtes contre la consultation infirmière ?*" En divisant le montant de l'enveloppe par le nombre de malades supposés "bénéficiaire" de l'expérience, on arrive à une estimation du coût de l'annonce à 75 euros. Personne n'en sait rien. Personne n'objecte. 75 euros, c'est toujours bon à prendre. L'UNHPC rappelle que l'annonce fait déjà partie du travail du médecin, que ce n'est pas l'annonce qu'il faut chiffrer comme si elle était une exigence nouvelle mais le temps supplémentaire dégagé pour améliorer les conditions dans lesquelles elle se déroule. Il paraît que c'est de la provocation. L'UNHPC ne nie pas les problèmes et les améliorations nécessaires, mais elle dénonce le risque de privilégier les chasseurs de primes. Puisqu'il y a de l'argent elle demande très officiellement deux choses. Un financement de formations, en particulier sous forme de jeux de rôles et de débats "casuistiques". Cela ennuie. Charger les infirmières c'est mieux. Créer des emplois, c'est mieux. Elle demande une enquête d'opinion, du ressenti par les patients, enquête faite à distance et de façon anonymisée, par un organisme spécialisé. Là aussi, c'est paraît-il de la provocation. L'UNHPC propose même qu'au lieu de financer les détournements de l'expérimentation on en fasse une autre : elle consisterait à faire cette enquête de façon régulière, à publier les résultats par établissement et à sanctionner de façon toute symbolique ceux qui sont en-dessous d'un taux de satisfaction jugé minimum. C'est le tollé du côté de la DHOS et de l'INCa. A part le soutien de l'ancien président du Conseil National de l'Ordre, le Pr Høerni, elle se retrouve plus seule que jamais, au moins officiellement. Passons les péripéties du Cabinet Conseil. On en a un "grand".

Il fait une étude "scientifique", "remarquable et objective". Dame nature est bonne mère : la fourchette de coût constatée par ce Cabinet pour une annonce correcte, que ce soit dans le public ou dans le privé est très étroite et elle encadre un montant très précis : 75 euros ! Personne ne craint le ridicule, la "science" a coûté si cher, elle doit dire le "vrai" ! Accélérons. Le dispositif d'annonce finit par être un peu mieux défini. Plusieurs "temps" sont distingués. On commence à y voir plus clair. Arrive le nouveau dispositif d'autorisation. On veut absolument imposer des critères qualitatifs, sans jamais donner l'instrument d'évaluation objective. L'UNHPC horrifie lorsqu'elle questionne sur le déroulement de la visite de conformité. Le dispositif d'annonce fait donc partie de critères "qualité" qu'on impose. Là encore l'UNHPC se retrouve bien seule. Quoique, les mois passant, les Fédérations finissent toutes par trouver qu'il faudrait définir le critère d'évaluation du respect de l'obligation et le font savoir conjointement. Peine perdue. On restera dans l'évaluation subjective du respect d'une condition qualitative d'autorisation ! Voilà d'où l'on vient...

Et puis, tout d'un coup, voilà qu'enfin on nous dit qu'on va faire une enquête sur le ressenti des patients, à distance, de façon anonyme, en confiant l'étude à un cabinet spécialisé. Enfin ! L'étude se fera avec des volontaires. Elle ne sera pas systématique. Mais au moins on essaye. Près de 10 ans pour parvenir à ce qui, dès le début, aurait dû apparaître comme évident et absolument nécessaire !

Il faut donc lire cette étude. Elle confirme et complète ce que disait l'étude de la Ligue. A vrai dire, on avait bien quelques bribes d'estimation avec une étude faite par la DREES complètement indépendamment du dispositif du Plan Cancer⁵. Nous nous étions fortement réjouis de cette étude à l'époque. Elle a été la première à apporter quelques éléments objectifs. Elle confirmait d'ailleurs la nécessité d'améliorer l'annonce. Il est très étonnant de ne pas la voir figurer dans la bibliographie proposée dans l'étude dont il est question aujourd'hui car elle fait date.

L'étude de l'INCa publiée cette semaine a bien des défauts. Mais elle existe. Elle a été faite très sérieusement. Il faut là aussi donner un coup de chapeau et exprimer nos remerciements à l'équipe de l'INCa, qui a su mener à bien ce chantier. Il marque un tournant. L'histoire que nous venons de rappeler le montre clairement.

Bien sûr cette étude a des limites. C'est une première étude, ce n'est donc pas grave.

Il est intéressant de constater que ses résultats soulignent certaines ambiguïtés bien connues mais souvent refusées par les Tutelles. Il y apparaît par exemple que la notion de PPS⁶ n'est pas claire. C'est un progrès que cela soit dit dans un document officiel. Si on s'en tient à ce que demandait l'INCa il y a encore peu, à savoir, en gros, une liste de rendez-vous, on a toujours peine à croire que les patients n'en aient pas... Les établissements et les équipes sont sur ce point plus exigeants que l'administration.

Les auteurs se rassurent à bon compte sur les résultats parfois décevants de l'étude en croyant pouvoir affirmer qu'il faut un temps de montée en charge et qu'il faut du temps pour que les équipes s'approprient un dispositif. Une fois de plus l'administration croit que c'est elle qui invente tout. Non Messieurs, Mesdames, il y a longtemps que la qualité d'une annonce respectueuse fait partie du métier de médecin et de sa déontologie. Le dispositif n'est qu'un outil, son but ne peut être réduit à sa formalisation. Qu'est ce qui importe : l'appropriation d'un dispositif ou le changement de comportement, l'amélioration des pratiques et la mesure "objective" de la "satisfaction" forcément subjective des patients ?

L'étude souligne les *"interprétations variables du dispositif d'annonce"*. Eh oui !

L'étude insiste sur la *"visibilité"* du dispositif et s'inquiète du fait que beaucoup de patients ne l'ont pas "vu"⁷. Mais le but n'est-il pas au contraire que les patients ne "voient" pas le dispositif, qu'ils aient le sentiment qu'on a bien fait les choses, qu'ils aient des éléments objectifs qui justifient leur *"ressenti"*. Les techniques, les *"dispositifs"*, c'est notre métier, notre organisation. Ce n'est pas leur problème. Ce qu'ils veulent ce sont des résultats et qu'on justifie la confiance qu'ils nous accordent. Que des audits de pratique soient faits par ailleurs pour que les professionnels et les Tutelles s'assurent de leur qualité, c'est une nécessité. C'est une évidence pour le patient, mais il n'en connaît pas grand-chose et il a d'autres choses à faire que de s'en occuper, surtout au moment de l'annonce. Lorsqu'on prend des transports en commun, c'est beaucoup moins anxiogène que l'annonce d'un cancer, et pourtant, déjà, on ne veut pas être encombré par une connaissance de dispositifs qui ne nous regardent pas. Ce qu'on veut c'est que ça marche, c'est pouvoir faire confiance à ceux à qui on se confie et avoir des gages sur ce qui justifie notre confiance. Que l'inspection des "dispositifs" ait été faite par des gens légitimes et compétents, cela paraît être une "évidence" pour "l'usager". Ce n'est pas son problème.

Bien sûr, sur plusieurs points, l'étude objective le contraire de ce qu'on nous disait sur un ton moralisateur à tout bout de champ. Il apparaît que c'est dans les très gros établissements qu'on se plaint le plus d'un déficit de relation avec son médecin. On sait qu'il arrive même qu'on ne repère pas facilement celui qui suit le dossier, car on en voit beaucoup de médecins. Cela n'arrive pas dans les "petits" établissements, qu'ils soient publics ou privés. C'est à Paris qu'il y a le plus de problèmes nous dit l'étude et non en province. Les constats quotidiens et le bon sens sont confirmés, ils contredisent les a priori idéologiques. Cela ne dit pas qu'il n'y a pas de progrès à faire. Cela permet enfin de comparer les pratiques⁸ sur des données de "résultat", cela permet de cibler les champs d'amélioration. On avance. On progresse. On sort du champ des chasseurs de prime.⁹ On sort du champ du respect formel de normes. On commence enfin à travailler sérieusement sur l'opinion, le ressenti des patients.

Il est souligné plusieurs fois que *"ces différents éléments vont être portés à la connaissance des administrations centrales concernées ainsi que des Agences régionales de santé et des établissements de santé."*¹⁰ Curieux et un peu inquiétant. Elles ne lisent pas les rapports de l'INCa ? Si cela veut simplement

dire qu'on va leur envoyer, c'est la première fois qu'on le dit ainsi. Ou alors qu'est-ce que cela signifie ? Par contre lorsque les auteurs soulignent que "*cette étude doit permettre également d'évaluer la faisabilité d'une enquête annuelle concourant à la mise en place d'un observatoire sur les dispositifs d'accompagnement des malades atteints de cancer*", on ne peut que les encourager vivement. Une fois de plus ce qui a été fait par le Ministère de l'éducation pour évaluer les résultats au bac pourrait servir ici de modèle. Etude annuelle, indicateurs validés, publication des résultats globaux, renvoi aux établissements du détail de leurs résultats pour qu'ils aient plus d'information que l'éventuel journaliste qui va les interroger sur leurs "résultats"...

Mais ne boudons donc pas notre plaisir. On change de paradigme. On commence à s'éloigner du formalisme. On va s'occuper des pratiques. On s'éloigne des effets pervers de la chasse à la prime. On va commencer à parler de financement de ce qui doit l'être et de la cohérence des incitatifs éventuels. On commence à mesurer sérieusement. 10 ans ont passé. On aurait pu faire mieux et plus vite. Positivons. Plus personne aujourd'hui ne conteste qu'il faut évaluer et souvent améliorer nos pratiques en matière d'annonce. Il faut en effet "*une enquête annuelle concourant à la mise en place d'un observatoire sur les dispositifs d'accompagnement des malades atteints de cancer*". Vite. Pourquoi pas une mesure prioritaire du nouveau Plan Cancer qu'on nous promet ?

Rapport anatomie et cytologie pathologiques

Après plus d'une année de travail le rapport du Ministère intitulé "Rapport anatomie et cytologie pathologiques" est sorti¹¹. Jusqu'à la fin on pouvait se poser la question. Sortirait-il ou pas ? Sortirait-il émasculé et édulcoré pour n'offrir que de l'eau tiède ? Et bien il est sorti, probablement sur injonction du Ministre, et s'il n'est pas parfait, il ne trahit pas la teneur des travaux qui sont à son origine. Ce rapport est donc potentiellement très important pour nous tous.

On sait que le contexte est difficile.

Grâce au rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld, rapport préparatoire au Plan Cancer en cours, l'anatomocytopathologie était officiellement devenue une "priorité". Hélas, il faut dire les choses comme elles sont, la Présidence de l'INCa, comme pour la radiothérapie et pour l'oncologie médicale, a voulu instrumentaliser les problèmes de la profession pour biaiser la concurrence et favoriser quelques "amis". Pourtant, les collègues anatomopathologistes, envers et contre tout, on peut le dire, ont su maintenir leur unité autour d'une même conception de leur métier et de leurs responsabilités. Nous avons souvent eu l'occasion, ici, de leur exprimer toute notre admiration à ce sujet. Mais ils ont aussi été aidés par d'autres facteurs.

La CNAM¹², "off", mais fortement, s'alarmait de l'inflation du coût dans le public et des écarts de financement exorbitants et croissants entre le public et le privé, alors même que le privé libéral est très dominant en termes d'activité.

La CNAM était bien sûr d'une prudence de Sioux devant l'INCa et devant la DGOS¹³. Mais les choses se savaient.

En silence il apparaissait aussi à tout le monde, les pathologistes ne cessaient, eux, de le souligner, que le diagnostic anapath détermine en très grande partie le coût extrêmement variable de la prise en charge en cancérologie. On ne pouvait donc pas le délaissier ou, comme cela a été fait, le réduire au niveau du frottis vaginal.

Un conflit très technique et souvent difficile à comprendre par les décideurs politiques, mais parvenu à la connaissance de tous, opposait "*second avis*" et "*double lecture systématique*". La reconnaissance du "*second avis*" est demandée depuis des lustres par les professionnels (comme cela existe pour tout médecin qui peut faire appel à un consultant en cas de difficulté diagnostique). Elle est soutenue depuis peu par la HAS¹⁴. La "*double lecture systématique*" est imposée par l'INCa dans un tout autre but, avec une volonté de restructuration. Mais chacun sentait que les conséquences pouvaient être majeures sur l'évolution de la profession et son niveau de qualification.

Enfin, de nouveaux acteurs sont apparus. Le travail souvent remarquable des professionnels pour construire des bases de données objectives¹⁵ à partir de leurs diagnostics montrait qu'on tenait là des outils majeurs en termes de santé publique et du suivi des cancers. Beaucoup y ont vu alors des occasions de captations de pouvoirs. L'INCa, bien sûr, a voulu se placer. Mais l'InVS¹⁶ a vite fait remarquer que la gestion de telles bases ressortait de son champ de responsabilité. Les professionnels quant à eux, ne voulaient pas se laisser dépouiller de leur travail, qui plus est gratuitement et sans possibilité de contrôle.

Enfin, la DGOS avait été directement sollicitée par les pathologistes sur le fondement de l'ordonnance sur la biologie. Celle-ci était en effet grave de conséquences potentielles pour l'anapath par la confusion qu'elle faisait, y compris du point de vue juridique, entre l'anatomocytopathologie et la biologie.

Une fois de plus, le fait qu'il y ait plusieurs interlocuteurs légitimes sur un seul et même dossier a allongé les délais, mais a fini par faciliter la prise en compte du dossier.

Ajoutez à cela une petite équipe de fonctionnaires courageux, honnêtes, opiniâtres et dotés d'un solide sens du service public et vous avez le résultat : un groupe de travail où tout le monde est convié. Il est animé par le Dr Desailly-Chanson de la DGOS et la Présidente du CNPath¹⁷, le Pr Frédérique Capron.

Les choses n'étaient pas jouées pour autant. La CNAM a eu du mal à sortir de sa prudence pour ne pas dire son silence légendaire lorsqu'elle est physiquement à la DGOS. La DGOS n'avait sans doute pas tout à fait conscience au début que les travaux qu'elle initiait mettraient en lumière l'incurie ou pire la malfaisance de l'INCa sur certains aspects de ce dossier. Les professionnels allaient-ils savoir garder leur unité alors que les travaux feraient apparaître au grand jour les scandaleuses inégalités instaurées entre eux par les Pouvoirs Publics, les incroyables disparités de productivité entre pathologistes et, disons-le entre statuts ? Les pouvoirs publics allaient-ils traiter ce dossier lorsqu'ils se rendraient compte des faits que l'idéologie dominante cache souvent à

leurs yeux : les parts de marché sont clairement en faveur des libéraux et les problèmes à prendre en charge les concernent tout autant, parfois plus, que le secteur hospitalier public. Comment gérer le fait qui apparaîtrait aussi, celui de la grande faiblesse des CLCC alors même que le sujet est bien celui de l'évolution de la cancérologie.

Et bien si. Au cours des travaux, les choses ont été dites. Elles ont été mesurées. Elles ont été débattues. Les faits ont été pris en compte. Même s'il a mis du temps à sortir, même s'il est parfois très prudent sur la forme, le rapport ne trahit ni la réalité, ni les travaux. Même s'il faut parfois lire un peu entre les lignes, il dit les choses. Parfois il est extrêmement clair. Préconiser une activité minimum de 4.000 actes quand on est de la DGOS, affirmer qu'il y a un problème avec la réglementation du formol quand on est une administration, affirmer qu'il y a un problème de rémunération des libéraux quand on est au Ministère, décrire avec la CNAM la baisse de 35 % en quelques années du tarif d'actes non automatisés, pour prendre quelques exemples, il faut oser et il faut y arriver ! On imagine le courage, la ténacité, l'entregent qu'il a fallu. Cela vaut coup de chapeau et expression de reconnaissance

Du coup les professionnels impliqués dans ces travaux se sentent maintenant un peu orphelins, les mutations dans l'administration faisant, comme souvent, disparaître les responsables du dossier au moment où la qualité de leur travail, l'expertise qu'ils ont acquise et la confiance générale qu'ils ont suscitée font souhaiter à tous la prolongation de leurs travaux en phase opérationnelle.

Les choses ne sont donc pas terminées. Plus que jamais l'unité et la capacité d'initiative collective des anatomopathologistes vont être nécessaires pour que ce rapport ne reste pas sur les étagères. Souhaitons ici, une fois de plus que la solidarité de tous les cancérologues, des établissements et des réseaux de cancérologie sache se manifester avec plus de confraternité que jusqu'à maintenant. Pas un cancérologue, pas un patient n'échappera à ce qui se passe en anapath en termes d'organisation ou de qualification. Que ceux qui hésiteraient, ou seraient rebutés par le côté aride et long du rapport le feuilletent un peu. Ils y trouveront forcément de quoi nourrir leur réflexion. Que tous lisent au moins la conclusion : une page et demie. C'est court, c'est compréhensible, c'est clair¹⁸. Ceux qui connaissent pourront trouver certains passages un peu légers (ceux ayant trait à la restructuration par exemple) ou même un peu inquiétants (la notion de pathologistes "référents" mériterait d'être précisée, ici comme souvent...). Mais au total, oui, nous avons là un rapport fondamental. Un rapport qui peut fonder le changement d'orientation que nous souhaitons tous, la prise au sérieux, enfin, de la "priorité" du Plan Cancer. La suite dépendra en grande partie de notre capacité collective à faire que les décideurs se l'approprient et à obtenir la mise en place, enfin, d'une véritable politique de structuration, d'organisation et de financement de l'anatomopathologie cohérente avec les exigences du métier comme avec celles de la cancérologie des 20 prochaines années. Plus que d'autres, les cliniciens libéraux devraient se sentir particulièrement concernés.

Le rapport préconise, entre autres, d'instaurer un "comité de suivi". L'expérience de la radiothérapie prouve une fois de plus qu'en santé comme ailleurs, il faut un capitaine au navire et que cette approche par comité national responsable de l'avancée des travaux est efficace lorsque tous les acteurs concernés sont présents et qu'ils doivent y rendre compte de leur action. C'est la première étape de la suite que nous attendons à ce rapport.

Régulation financière au Japon

En termes d'allocations de ressources au système de santé *"l'approche du Japon confirme qu'une régulation gouvernementale éclairée en matière d'allocation de ressources peut tout à la fois maintenir l'accès aux soins, éviter le rationnement, permettre l'usage de techniques de pointe, permettre de multiples régimes d'assurance et accompagner le vieillissement de la population tout en limitant la croissance des dépenses de santé."*¹⁹

Haut les cœurs ! La situation n'est donc pas désespérée. On peut y arriver. Il suffirait d'un "gouvernement éclairé" !

Qui donc arrive à cette conclusion osée mais plus que réconfortante ? Un article de la très sérieuse revue américaine HealthAffairs. Les auteurs, eux aussi, sont très "sérieux". Tous deux professeurs de santé publique et de gestion des systèmes de santé, responsables des départements éponymes dans deux universités prestigieuses, celles de Tokyo et de Baltimore.

Bien sûr il s'agit du Japon. Mais les données sont impressionnantes. Alors, s'ils y arrivent, les Japonais, pourquoi pas nous ?

Les Américains s'étonnent du tarif national alors qu'il y a au Japon plusieurs caisses d'assurance-maladie. Ils s'étonnent aussi du fait que les Japonais combinent T2A²⁰ et paiement à l'acte. Nous, moins...

Ce qui nous interroge autant que les Américains, c'est que les dépenses de santé sont maîtrisées. Les Japonais sont passés de 7,7 % du produit intérieur brut à 8,5 % entre 2000 et 2008, alors que les Américains sont passés sur la même période de 13,7 à 16,4 %. Qu'on se rassure pourtant. Les Japonais bénéficient d'une assurance universelle depuis 1961. Le "panier de soins" y est le même pour tous. On ne repère pas au Japon d'activités de soins rationnées. L'accessibilité mesurée à partir de nombreux indicateurs (nombre de consultations, nombre d'hospitalisations, nombre d'examens IRM par habitant...) montre qu'elle est infiniment supérieure au Japon qu'aux USA. 95 % des ressources des hôpitaux viennent de leur T2A.

Contrairement aux USA, les honoraires et salaires médicaux font partie du GHS. Les professionnels japonais ont pourtant persuadé le gouvernement que la défense de l'indépendance médicale exigeait le maintien hors T2A de certaines prestations hospitalières²¹. Le tarif des séjours est payé à la journée, avec un prix décroissant selon la durée de séjour. Les dépassements sont interdits. Les négociations font que les prix payés pour les médicaments et les dispositifs médicaux sont inférieurs aux prix retenus dans les tarifs nationaux. En

2010 l'ONDAM²² japonais s'est accru de 0,19 %, mais la baisse de 5,88 % des médicaments et des dispositifs médicaux a permis de dégager une hausse de tarif de 1,74 % pour les séjours. L'introduction de la T2A n'a pas fait la preuve qu'elle serait plus efficace en termes de régulation des dépenses, mais elle a permis plus de transparence, elle a facilité les comparaisons de pratiques et l'évaluation de la performance des hôpitaux. *"De surcroît, elle a rendu le processus de révision de prix plus transparent parce que la révision du prix des GHS²³ est désormais davantage fondée sur des faits que sur des négociations."*²⁴ Enfin, *"malgré la crainte des médecins, l'introduction du paiement prospectif du type T2A a permis une plus grande autonomie professionnelle : les médecins ne sont plus soumis aux caprices des révisions dans le détail de la classification des actes, révisions qui pouvaient transformer du jour au lendemain un acte rentable en acte déficitaire"*²⁵

Le système a ses duretés. Si un patient veut une prestation non reconnue, il doit payer de sa poche la totalité de l'épisode des soins durant lequel elle est mise en œuvre, y compris tout ce qui aurait été pris en charge s'il ne voulait pas cet examen, cette intervention ou ce médicament. Sur une longue période le taux d'évolution des tarifs est inférieur à celui du taux de croissance nominal. La plus forte baisse de tarifs a été celle de 2006 : moins 3,16 %. La presse ayant relayé quelques cas dramatiques en les liant à cette baisse des tarifs, la pression est moins forte depuis ces dernières années. Mais tout est relatif. Malgré le changement de gouvernement et les promesses de réévaluation, les tarifs 2012 n'augmenteront que de 0,004 % ce qui recouvre une baisse des médicaments et des dispositifs médicaux de 6,55 % et une hausse des tarifs médicaux de 1,55 %. Les auteurs considèrent cependant que ces évolutions peuvent être considérées comme le signe d'une victoire des fournisseurs de soins dans le contexte de crise et gestion des conséquences du tsunami qui prévaut aujourd'hui.

On estime qu'au Japon les facteurs de croissance des dépenses autres que l'évolution des prix sont la croissance du volume, l'arrivée des nouvelles techniques, et le vieillissement de la population. L'ensemble de ces trois facteurs expliquerait 2 à 3 points de croissance par an. Le gouvernement en tient compte pour la fixation des prix des prestations médicales : il les baisse en conséquence.

Les professionnels, quant à eux ont une forte influence pour sortir du panier de soins les prestations qu'ils jugent inappropriées. Des audits de pratiques sont menés conjointement entre le Ministère, les responsables régionaux et les associations professionnelles régionales.

Ce qui frappe surtout les auteurs lorsqu'ils comparent leurs deux systèmes, c'est le fait que les hôpitaux japonais bénéficient d'un tarif national. Tous les deux y voient un instrument efficace de régulation et de redistribution dont les USA ne bénéficient pas.

L'inexistence d'ajustements régionaux du tarif national et la liberté de gestion dont bénéficient les hôpitaux japonais font que le même tarif aide les hôpitaux des zones défavorisées. Certains de leurs coûts étant moins élevés que ceux

des hôpitaux des grandes conurbations, ils peuvent verser des salaires médicaux plus élevés et donc rester attractifs.

Autre différence marquante : l'origine des deux systèmes. Au Japon le système d'allocation de ressources a été bâti à l'initiative des médecins qui voulaient surveiller les éventuels défauts de prise en charge qui seraient nés de l'arrivée de la T2A. Aux USA, l'origine est plutôt du côté des économistes qui voulaient relier évolution des tarifs et des coûts. *"La construction des deux systèmes d'allocation de ressources reflète deux points de vue différents : le système japonais est axé sur les données cliniques, tandis que le système américain est axé sur les données de coûts."*²⁶ Pour les auteurs, cette approche "coûts" n'est pas sans conséquences. Pour eux, comme pour beaucoup d'autres, c'est l'approche "coûts" qui est en grande partie à l'origine des prix élevés²⁷. Notons qu'en France, les ministères techniques avaient constaté cela dans les années 70. Ils en ont alors tiré les leçons. Par contre, le débat n'est pas aussi clair au Ministère de la santé.

Au total, pour revenir à cet article, bien des choses qui étonnent les Américains ne nous étonnent pas nous, Européens, ou nous, Français, car nous sommes plus proches des caractéristiques du système Japonais relevées ici. C'est le cas en particulier sur le "tarif national". On a d'autant plus envie d'en savoir plus. D'où vient leur productivité apparente ? Comment se passent les "négociations" sur les prix ? Quels sont les niveaux de salaires ? Comment ont-ils pu avaler ces trente ans de régulation forte, avec quels changements structurels, quels changements dans les pratiques, les comportements ? Quelles relations entre la régulation par les prix qui semble bien marcher et la planification, les autorisations, l'accréditation ? Y a-t-il des incitatifs hors tarifs ?...

Nous n'avons pas de revue suffisamment costaud pour entreprendre de telles études de comparaison. Mais nous avons des Agences. On se prend à rêver qu'une d'entre elles s'y lance. Cet article montre que l'expérience du Japon est instructive pour les Américains. Si on allait la voir de plus près, on peut parier qu'elle serait aussi instructive pour nous.

Dans tous nos pays en effet, comme le note dans un style tragicomique la conclusion d'un autre article paru cette semaine dans HealthAffairs, *"il serait tragique que la communauté politique se comporte comme le chien de garde sénile qui continue à aboyer devant la porte alors que les cambrioleurs pillent l'arrière de la maison. Réduire le coût astronomique actuel du système de santé est un défi difficile et potentiellement lourd de conséquences pour les décideurs politiques. Mais ces conséquences pourraient aussi être très positives pour eux si elles suscitent la reconnaissance de ceux qui aujourd'hui ont du mal à payer."*²⁸

Référendum sur les réseaux en Suisse

En France, les réseaux de santé territoriaux ne sont plus à la mode. Ils sont délaissés par les Tutelles. Parfois mêmes démantelés. Pourtant ils restent plus que jamais nécessaires pour une médecine de qualité, coordonnée, en particulier chez nous en cancérologie.

En France toujours, les filières sont à la mode. Pourtant elles ressortent d'une conception qui fait du patient une propriété privée otage de structures de type commercial et monopolistique bien éloignées de la tradition et de la déontologie médicale.

Les réseaux de soins coordonnés du type "managed care" ont déjà une longue expérience dans certains pays, comme aux USA par exemple. Les Suisses en font un objet de référendum - "votation populaire" - le 17 juin prochain. Il a fallu 7 ans de travaux parlementaires pour arriver, au Parlement, à un projet de loi à peu près consensuel.

Comme le rappelle un défenseur du projet dans *Le Temps* de mardi : *"Pour le corps médical et les soignants en général, le réseau de soins intégrés représente un véritable changement de paradigme.*

Dans le modèle libéral, le patient choisit librement son médecin, voire ses multiples thérapeutes. Il entretient plusieurs relations bilatérales avec son généraliste et divers spécialistes. Les prestations fournies sont remboursées par l'assurance de base. La logique économique de ce modèle valorise les maladies plutôt que la santé : la rémunération est fonction du nombre d'actes exécutés.

Dans le réseau de soins intégrés, le patient est pris en charge de manière à optimiser les ressources disponibles : tous les soignants du réseau coopèrent au traitement, c'est le règne du multilatéralisme. La collaboration et l'échange de savoir au sein d'une équipe doivent garantir une meilleure qualité des soins et même des économies grâce à la chasse aux doublons. Le budget négocié avec les assurances donne le cadre financier des rémunérations. Les dépenses dépassent-elles ce cadre, le réseau devra prendre en charge la moitié du dépassement, tout comme il encaissera la moitié d'un éventuel bénéfice : une incitation à éviter les actes superflus."²⁹

Depuis que le débat est devenu public, les choses se compliquent. Pour faire simple, et de façon surprenante pour nous français, c'est la droite qui est plutôt pour et c'est la gauche qui est plutôt contre. Le PS est à l'initiative du référendum. Le débat traverse maintenant tous les corps constitués, et toutes les opinions. Les professionnels de santé sont aussi divisés que l'opinion générale. Mais globalement les "contre" ont le vent en poupe, plusieurs revirements individuels et institutionnels ayant récemment eu lieu. Pour *La Tribune de Genève*, *"c'était « la » solution miracle pour alléger le paquebot du système de santé. Désormais, son destin pourrait être celui du Titanic."³⁰*

"A droite, l'opposition se concentre sur la suppression du libre choix du médecin."³¹

"La gauche craint que la coresponsabilité budgétaire entre assureurs et médecins crée une pression financière qui impose, à terme, une médecine à deux vitesses".³² "Elle aurait préféré avantager les assurés optant pour les réseaux plutôt que de punir les autres."³³ Comme la droite, elle défend aussi la liberté de choix du médecin. Pourtant, d'après les défenseurs du projet, cette dernière n'est nullement remise en cause.

Les verts ne prennent pas position.

Les médecins, eux aussi, se divisent. Les jeunes sont plutôt pour : avec les réseaux *"il serait plus facile de trouver des remplaçants et d'organiser des services d'urgence."³⁴ En même temps, *"le modèle du réseau de soins n'est pas nouveau. Il fonctionne à satisfaction depuis une vingtaine d'années et regroupe aujourd'hui 1,3 million d'assurés dans une centaine de réseaux."³⁵ "La moitié des médecins de famille et plus de 400 spécialistes"³⁶ y sont impliqués. Mais d'autres médecins sont contre, pour les raisons évoquées par les opposants ou parce qu'ils craignent une extension de la bureaucratie. *"La solution aux coûts de la santé se trouve donc dans une simplification de tout le système et non dans une augmentation délirante de la complexité."³⁷***

Compliqué... Mais aussi instructif que passionnant.

Un jour, le débat viendra en France.

Si le managed care sous forme de réseau intégrant la prise en charge hospitalière *"est bien un modèle qui répond au besoin de coordonner et d'optimiser les interventions d'une médecine moderne toujours plus complexe. Un modèle qui conjugue les exigences d'économicité et de qualité"³⁸*, nous n'y échappons pas.

Nous n'y sommes pas encore prêts. Tout resterait à faire : statuts, mode(s) de rémunération, accessibilité, maintien de la liberté de choix, intéressement, anticipation des effets pervers (en particulier moyens d'éviter les conflits d'intérêt avec l'assurance-maladie et les mutuelles), systèmes d'évaluation, régime de responsabilité, présentation aux patients et au public...

En attendant les expériences étrangères, réussies ou pas, se multiplient. Le moment venu, cela devrait nous aider.

Ce qui se passe en Suisse est donc à suivre avec attention.

-
- ¹ *Évaluation de l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint d'un cancer*. Rapport de synthèse issu de l'étude conduite par CRP consulting en 2010-2011. La Ligue contre le Cancer, septembre 2011. L'étude a été présentée lors du Congrès National des Réseaux de Cancérologie à Rouen le vendredi 4 novembre 2011 par Philippe Bergerot
Cf. mail UNHPC 11/603 du 6 novembre 2011 ou www.ligue-cancer.net
- ² INCa : Institut national du cancer
- ³ Ce travail a eu lieu tout au long de l'année 2003
- ⁴ Avril 2005
- ⁵ DREES - *Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic* - Etudes et Résultats N° 486 • mai 2006 et N° 487 • mai 2006
« 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. »
Cf. mail UNHPC 2006/128 du jeudi 11 mai 2006
et sa suite : DREES - *Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic* - Etudes et Résultats N° 487 • mai 2006
Cf. mail 2006/135 du vendredi 19 mai 2006
- ⁶ PPS : Programme personnalisé de soins
- ⁷ "*Ces résultats interrogent sur la visibilité du dispositif d'annonce pour le patient et engagent à une réflexion sur une information compréhensible par tous types de public et facilement accessible sur le contenu des dispositifs d'accompagnement des personnes malades atteintes de cancer.*" p. 5
"*Ces résultats interrogent sur la visibilité du dispositif d'annonce pour le patient et sur l'information délivrée aux personnes malades à ce sujet.*" p. 20
- ⁸ A ce stade, le fait qu'il n'y ait aucun CLCC dans l'étude n'est pas grave. Cela ferait plutôt sourire compte tenu de l'ambiance de départ. Mais ce n'est sûrement pas la peine de s'en offusquer. L'important est qu'il y ait une suite. Alors, un jour, les CLCC, même les plus gros seront eux aussi évalués.
- ⁹ Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problèmes de rémunération. Il n'y a toujours pas de "consultation longue" pour les oncologues. On exige du social, mais les cliniques n'ont toujours pas de financement systématique et pérenne pour avoir une assistante sociale. Mais il ne faut pas confondre saine rémunération et chasse à la subvention.
- ¹⁰ p. 6 et 22
- ¹¹ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé - *Rapport anatomie et cytologie pathologiques* - Daté du 15 avril, mis en ligne sur le site du Ministère le mercredi 9 mai 2012.

- 117 pages
 Cf. mail UNHPC 12/325 du mercredi 9 mai 2012 ou <http://www.sante.gouv.fr/l-anatomo-cytopathologie-acp.html>
- 12 CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
 13 DGOS : Direction générale de l'offre de soins
 14 HAS : Haute autorité de santé
 15 Cf en particulier l'action de nombreux CRISAP (Centres de regroupement informatique et statistique en anatomie et cytologie pathologiques)
 16 InVS : Institut de veille sanitaire
 17 CNPath : Conseil national professionnel des pathologistes
 18 p. 93 et 94
 19 Naoki Ikegami and Gerard F. Anderson - *In Japan, all-payer rate Setting under tight government control has proved to be an effective approach to containing costs* - HealthAffairs 31, NO. 5 (2012): 1049–1056 - <http://content.healthaffairs.org/content/31/5/1049.full.html>
 Naoki Ikegami is a professor in and chair of the Department of Health Policy and Management, Keio University School of Medicine, in Tokyo, Japan.
 Gerard F. Anderson is a professor of health policy and management and of international health at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, in Baltimore, Maryland.
 La phrase traduite ici est la conclusion de l'abstract, p. 1049
- 20 T2A : Tarification à l'activité
 21 Il s'agit notamment d'actes, d'examen endoscopiques, de procédures de rééducation, de dispositifs médicaux et de médicaments donnés le jour de l'intervention chirurgicale.
 Cf p. 1054
 22 ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
 23 GHS : Groupe homogène de séjours. Pour faire simple, nous avons repris ici la terminologie française
 24 Article cité p. 1054
 25 Article cité p. 1054
 26 Article cité p. 1053
 27 "*Aux États-Unis, l'hypothèse de base est que les fournisseurs de soins devraient être indemnisés pour leurs frais réels. Pour atteindre cet objectif, ces fournisseurs publient des données complexes justifiant leurs coûts. Toutefois, les « coûts » identifiés par les hôpitaux, sont généralement déterminés par le revenu qu'ils reçoivent. Quand un hôpital aux États-Unis affirme que ses « coûts » sont élevés, cela signifie généralement qu'il dépense tout ce qui lui a été alloué sous forme de salaires plus élevés et d'installations de meilleur niveau. Les montants versés par un système de santé généreux gonflent les « coûts » et, par un effet de cliquet, montent les prix.*" Article cité p. 1055.
 28 Jeff Goldsmith - *Barking Up The Wrong Tree: Affordability, Not Cost Growth, Is The Policy Challenge* - HealthAffairs blog - May 7th, 2012 - <http://healthaffairs.org/blog/2012/05/07/barking-up-the-wrong-tree-affordability-not-cost-growth-is-the-policy-challenge/>
 29 Jean-Daniel Delley, professeur de droit honoraire - Opinions : *Les réseaux de soins sont injustement attaqués* - Le Temps - mardi 8 mai 2012
 30 Patrick Chuard Berne - *Les réseaux de soins sont en nette perte de vitesse* - La Tribune de Genève - lundi 7 mai 2012
 31 Pierre-Emmanuel Buss - *Les partisans des réseaux de soins doutent d'une victoire le 17 juin* - Le Temps - mardi 8 mai 2012
 32 Pierre-Emmanuel Buss, article cité
 33 *Les réseaux de soins de plus en plus critiqués* - Le Matin - lundi 7 mai 2012
 34 *Les réseaux de soins de plus en plus critiqués*, article cité
 35 Jean-Daniel Delley, article cité
 36 *Les réseaux de soins de plus en plus critiqués*, article cité
 37 Jean-Pierre Grillet - *Réseaux de soins : une solution trop complexe* - Revue Médicale Suisse N° 247 - Rev Med Suisse 2010;6:937
 38 Jean-Daniel Delley, article cité

Nouveau Ministre, déficit et dette - Que faire ?

**Le déficit de
l'assurance maladie
et la priorité
de la recherche
d'un fonctionnement optimal
du système de soins**

Date de parution : lundi 21 mai 2012

Mots types : Marisol Touraine - Déficit - Sécurité sociale - Dette - Réformes - Réingénierie - Régulation - Bercy - Qualité - Autorisations - Rémunérations - Allocations de ressources - T2A - Bouclier sanitaire - Coordination des soins

*"La question - lancinante - du déficit de l'assurance-maladie ne se résume pas à la seule question des recettes supplémentaires : elle renvoie fondamentalement à la recherche d'un fonctionnement optimal du système de soins."*¹ Cette affirmation posée récemment par le HCAAM va tout à la fois nous accompagner encore longtemps et devoir être prise d'urgence à bras-le-corps compte tenu de la pression des dettes. Le changement de gouvernement consécutif à l'élection Présidentielle et la nomination d'une nouvelle Ministre nous amènent à préciser les nouvelles sources de ce que serait un "fonctionnement optimal".

Une nouvelle Ministre

Marisol Touraine a été nommée mercredi Ministre des affaires sociales et de la santé dans le gouvernement de Jean-Marc Ayrault. Cinquième dans l'ordre hiérarchique, le Ministère des affaires sociales est un "grand" ministère. Elle aura auprès d'elle trois Ministres déléguées. Michèle Delaunay, en charge des personnes âgées et de la dépendance ; Dominique Bertinotti, chargée de la famille ; Marie-Arlette Carlotti, chargée des personnes handicapées.

Comme le souligne la présentation qu'en fait l'APM, notre nouvelle Ministre est très brillante : "Agée de 53 ans, Marisol Touraine est députée socialiste d'Indre-et-Loire depuis juin 1997 et présidente du Conseil général d'Indre-et-Loire depuis mars 2011. Elle a dirigé le pôle "social, santé, handicap, personnes âgées" de la campagne présidentielle de François Hollande en 2011-12.

Normalienne, diplômée de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris (1982) et agrégée de sciences économiques et sociales (1982), Marisol Touraine s'est

consacrée dans un premier temps aux questions de défense. Chargée de mission au secrétariat général de la défense nationale (1984-88), elle est entrée au cabinet du Premier ministre Michel Rocard en juillet 1988 comme chargée de mission puis conseillère technique sur les affaires stratégiques et de défense.

Nommée maître des requêtes au Conseil d'Etat en juin 1991, elle y a travaillé jusqu'à son élection à l'Assemblée nationale en juin 1997, tout en poursuivant son activité de professeur de relations internationales à Sciences-Po et à l'Essec.

A partir de juin 1997, Marisol Touraine a choisi de se consacrer aux questions sociales au PS et à l'Assemblée nationale.

Elle est désignée secrétaire nationale du PS chargée de la solidarité en juin 1997, une fonction élargie à la protection sociale de mai 2003 à novembre 2005, date à laquelle Martine Aubry a repris ce poste. En avril 2009, elle est désignée à nouveau secrétaire nationale du PS chargée de la santé et de la protection sociale, prenant la suite de Mireille Le Corre, démissionnaire.

A l'Assemblée nationale, Marisol Touraine a rejoint la commission des affaires sociales en juin 1998 et a siégé à la Commission des comptes de la sécurité sociale de 1997 à 2001.

Elle a pris davantage de responsabilités au sein du groupe socialiste à partir de juin 2007 en tant que responsable de la protection sociale au sein du groupe, puis, depuis juin 2009, responsable pour la commission des affaires sociales. Depuis 2007, elle est aussi membre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). En 2010, elle a été la porte-parole du groupe sur la réforme des retraites.

Elle a notamment présidé une mission d'information sur les risques psychosociaux au travail en 2009-2011, et a été membre de la commission d'enquête sur la grippe A(H1N1) en 2010, de la commission de la dette sociale en 2010, de la mission d'information sur la compétitivité de l'économie française et le financement de la protection sociale en 2011."²

Bienvenue donc Madame Touraine. Le poste est difficile, mais les enjeux sont forts et significatifs. Nous avons tous besoin que vous réussissiez. C'est donc le vœu que nous vous exprimons.

La mesure du gouffre

Selon l'INSEE³, de 1978 à 2011 en France, le produit intérieur brut est passé de 0,344 à 1.996,6 milliards d'euros soit une augmentation de 480 %. Pendant ce temps la dette, au sens de Maastricht, est passée de 72,8 milliards à 1.717,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 2.359 %. En proportion de ce que nous produisons en un an (le PIB), elle est passée de 21,2 % à 86 %.

Sur la période 1988-2011 le déficit cumulé du régime général de la sécurité sociale est de 90 milliards d'euros et la dette totale du pays s'est accrue de 930 milliards sur la même période. Nous contribuons donc directement pour 10 % à l'augmentation de la dette totale.

Bien sûr tout cela est connu.

Bien sûr ces chiffres sont si énormes qu'ils dépassent l'entendement commun. Bien sûr on raconte depuis des années et des années l'histoire de cet homme qui a sauté du 20^e étage et qui, passant devant notre fenêtre, nous dit que "*pour l'instant tout va bien*". Il semble cependant maintenant que la fenêtre soit au 1^{er} étage.

Bien sûr on a pris l'habitude de faire payer nos enfants et bien sûr, en attendant, on trouve de généreux étrangers qui sont contents de nous aider : ils détiennent plus de la moitié de la dette sociale.

Bien sûr cela est dû à la très bonne gestion de la CADES⁴.

Mais ces généreux prêteurs empochent bien sûr aussi des intérêts. Le "service de la dette" coûte de plus en plus cher à chaque Français.

Bien sûr les plus savants nous affirment qu'une part importante du déficit de la sécurité sociale vient du ralentissement de la croissance. Mais, qu'on aille la chercher "avec les dents" ou maintenant à Bruxelles, la croissance se fait attendre.

Bien sûr le pire n'est jamais sûr.

Bien sûr on ne peut pas comparer la France à la Grèce, à l'Irlande, à l'Italie, à l'Espagne ou au Portugal.

Bien sûr.

Pourtant, nos politiques sont maintenant tous unanimes. Le nouveau Ministre des finances, Pierre Moscovici, à peine installé, nous le dit très clairement : "*la dette c'est l'ennemi*". François Hollande ne dissocie pas le déficit de la sécurité sociale du traitement de la dette. "*J'ai pris un engagement global de rétablissement des finances publiques, qui intègre le budget de l'Etat, des collectivités locales et celui de la Sécurité sociale. Ce rétablissement devra combiner des actions sur les recettes et les dépenses.*"⁵

Bref, il y a maintenant consensus sur le fait que la France vit au-dessus de ses moyens et que son système de santé en est une des causes...

Le bal des hypocrites

Alors, beaucoup disent depuis des années : "*la solidarité n'est plus possible*". "*Bien sûr qu'on ne peut plus s'offrir un système de santé tel qu'on le rêvait à la Libération. Il faudra bien que les gens payent*". Comme s'ils ne payaient pas !

Durant la campagne électorale que nous venons de vivre, le parti d'extrême droite a donné plusieurs fois son diagnostic : "*c'est la faute des fraudeurs*". D'autres l'ont suivi en nous disant que la lutte contre la fraude était une des solutions. Hélas, il y a beaucoup à faire, du côté des institutions comme du côté

des particuliers. Mais, s'il est évident qu'il faut mieux lutter contre la fraude, même en cas de grand succès, le problème ne changera pas pour autant de nature.

Nous avons aussi entendu des confrères se draper dans leur dignité et invectiver les politiques pour que le pays continue à financer quoi qu'il arrive, l'augmentation des dépenses de santé, surtout dans le secteur public, comme si c'était le "droit" d'une nouvelle aristocratie n'ayant de comptes à rendre qu'à elle-même. Passons. Il paraît pourtant qu'ils ont de l'influence.

Vers un pilotage efficace

Pourtant ces derniers jours nous avons entendu deux voix autorisées souligner un autre point de vue.

La première vient de la très sérieuse revue HealthAffairs qui conclut un article de comparaison des systèmes de santé aux USA et au Japon par une affirmation forte : "*L'approche du Japon confirme qu'une régulation gouvernementale éclairée en matière d'allocation de ressources peut tout à la fois maintenir l'accès aux soins, éviter le rationnement, permettre l'usage de techniques de pointe, permettre de multiples régimes d'assurance et accompagner le vieillissement de la population tout en limitant la croissance des dépenses de santé.*"⁶

Les indicateurs de santé et d'accessibilité aux soins et aux innovations sont très bons au Japon. Son système de santé ne coûtait que 8,5 % de son PIB en 2008. Beaucoup moins que nous. Si le Japon y arrive, pourquoi pas nous ?

La seconde vient de Denis Piveteau, président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) : "*Une croissance insoutenable des dépenses de santé n'est pas une fatalité.*" Une voie existe qui doit permettre de "*mieux maîtriser le taux de croissance des dépenses sans créer de pénurie*". Rationaliser sans rationner, voilà l'enjeu. Pour lui, le sauvetage de l'assurance-maladie passe moins par une augmentation massive des recettes que par "*un pilotage efficace de la dépense elle-même*".⁷

Qu'est-ce que réformer ?

Les faits sont là. Jamais sans doute, depuis la libération, notre système de santé solidaire n'a été autant en péril. Le changement de Gouvernement est une occasion pour essayer de dégager les priorités.

Des mesures de court terme s'imposeront certainement. L'urgence sera à la mesure des pressions internationales et donc de l'évolution de ce qui se passe en Grèce, et dans les autres pays déjà cités, dans la capacité de réaction et donc d'organisation de l'Europe.

Du point de vue du système de santé, le plus important réside pourtant dans la capacité à prendre des mesures qui garantissent autant que faire se peut l'avenir. Même si la croissance revenait, la sécurité sociale resterait structurellement en déficit. C'est cela qu'il faut régler.

La responsabilité du Ministre est importante. La tentation devant la difficulté est toujours la même. On disait autrefois qu'un "bon" ministre de la Justice était un Ministre qui ne faisait rien. Ne rien faire, ici et maintenant, cela consisterait à gérer les questions au fil de l'eau, en courbant le dos pour que la conjoncture ne soit pas trop mauvaise, en gérant prioritairement et à minima les intérêts clientélistes, en particulier celui des hôpitaux publics. La tentation est paraît-il plus forte à gauche qu'à droite, les hospitaliers de la fonction publique étant censés voter plus à gauche qu'à droite. Mais l'inverse est vrai aussi, la gauche est mieux placée que la droite pour faire admettre les réformes nécessaires au sauvetage de notre système de santé. Rien n'est joué donc.

Il faut donc revenir au contexte pour évaluer ses exigences. Des ressources dont la croissance est limitée à un niveau inférieur à l'évolution tendancielle des coûts et des besoins. Pas de possibilité de jouer sur les prix. Un volume croissant qu'il faut assumer. Dans le monde réel, il n'y a que deux solutions : augmenter la productivité et/ou repenser complètement l'organisation de la production, ce que dans l'industrie on appelle faire de la "*réingénierie*"⁸.

Concernant la productivité, il y a des réserves. Mais le poids des structures, les rigidités normatives, les pressions administratives et les blocages statutaires font qu'il est souvent difficile de les attaquer. Ces chroniques les évoquent souvent.

Nous nous intéresserons donc aujourd'hui surtout aux mesures structurelles et prendrons le risque d'en rappeler quelques unes. Les temps s'y prêtent⁹.

En matière de réingénierie, donc, l'expérience industrielle montre que le plus difficile est le facteur humain, la résistance au changement comme dans tout processus d'innovation car il faut changer les comportements. De nouveau, l'arrivée de la gauche peut être une chance pour le pays, si elle sait faire prévaloir l'intérêt général.

Quelques chantiers de réingénierie nécessaire

Quels sont donc les principaux domaines où nous devrions instaurer de nouvelles manières de faire ? Osons proposer quelques choix de réformes structurelles¹⁰.

Confier la régulation à Bercy

Le premier sujet à suivre ce sont les **décrets d'attribution**. Une des plaies de notre système c'est la confusion entre le rôle de régulateur et le rôle d'opérateur du Ministère et de la DGOS en particulier. La période exige une régulation forte. L'augmentation du taux de croissance de l'ONDAM à 3 %¹¹ n'y

changera rien, même si elle va mettre un peu d'huile précieuse dans les rouages. Si l'on se met en face de cette réalité incontournable, il vaut mieux un Ministère qui s'occupe surtout de la santé des Français et la défende face au "méchant" régulateur qu'un Ministère qui défende surtout ce dont il croit souvent avoir l'unique charge, l'hôpital public.

Nous avons souvent développé cette idée ici. Elle nous paraît nécessaire. De plus, le moment semble favorable. Pierre Moscovici, le nouveau Ministre de l'économie, des finances et du commerce extérieur, a auprès de lui un Ministre délégué chargé du budget qui est médecin, Jérôme Cahuzac, et qui connaît bien le Ministère de la santé puisqu'il a été conseiller technique au cabinet de Claude Evin de 1988 à 1991. En 1995, il a participé à la rédaction du programme de Lionel Jospin sur les questions touchant à la santé. Par ailleurs Marisol Touraine hérite d'un Ministère énorme avec des enjeux lourds, sur la dépendance par exemple, et elle n'a pas de ministre délégué à la santé pour l'aider sur ce secteur. C'est donc le moment de répartir les fonctions de façon plus efficace. Dégagée des soucis de la régulation au jour le jour, elle pourra plus facilement se consacrer aux fondamentaux, aux grands déterminants de la santé des Français et au "reengineering" du système.

Si cette option était retenue, il faudrait la mettre en œuvre tout de suite. Cela pourrait, devrait être présenté de façon positive pour tout. Ne le faire que lors de la nomination du second gouvernement Hollande serait inévitablement interprété comme un recul, une amputation et serait donc politiquement difficile.

Clarifier le paysage des Services et des Agences

Les Parlementaires se sont préoccupés du sujet de la multiplicité des Agences tout au long de l'année 2011. Quelques réformes ont été entamées, mais le sujet ne pouvait être mené à son terme compte tenu de l'arrivée de la campagne électorale.

La question est moins une question institutionnelle qu'une question de régulation. Il s'agit de la régulation qualitative du système. La tradition française mettait notre pays en avance sur beaucoup d'autres, en particulier les pays anglo-saxons. L'étatisation complète du système nous a fait perdre cette avance en institutionnalisant une confusion néfaste entre les trois grandes sphères de la régulation de la qualité. En effet, il ne faut pas confondre l'autorisation préalable des activités de soins, le contrôle de la conformité de la prestation et l'évaluation de la qualité de la prestation médicale. Ces trois grandes sphères de régulation ne peuvent bien fonctionner qu'à condition d'être distinguées. Ce n'est pas parce que l'État contrôle presque tout qu'il ne faut pas distinguer les sphères de cohérence... Ce n'est pas parce que la "qualité" est devenue à la mode que tout est dans tout...

- Le fait d'avoir une tradition d'**autorisation** préalable à l'exercice d'une activité de soins est une chance pour notre pays. Nous sommes ici dans la sphère des normes minimales pour pouvoir exercer en toute sécurité et en cohérence avec l'aménagement du territoire. Ces normes minimales ne

disent rien de la qualité de cet exercice. Elles en sont la condition, en particulier du point de vue des conditions minimales de sécurité. La légitimité ne peut ici qu'être celle de l'Etat. Remarquons que si l'Etat a voulu renouveler cette exigence d'autorisation préalable avec l'ordonnance de 2003, à part en cancérologie, presque rien ne s'est passé. Le fait qu'on puisse exercer la médecine et la chirurgie sans "permis de conduire" devrait apparaître comme un scandale. Il est temps de mettre de l'ordre dans ce dossier et donc de le faire avancer en priorité.

Qu'est-ce qui bloque les politiques ? La confusion entre le rôle d'effecteur de soins de l'hôpital et son rôle de régulateur de l'emploi et de l'investissement local. L'efficacité de l'hôpital exige que l'on ne le distraie plus de ses missions. Il faut donc l'autoriser sur des critères relatifs à sa capacité à remplir sa mission de soins, sans oublier que les mêmes exigences d'autorisations s'imposent à tous, quelle que soit la taille¹² ou le statut. Nous sommes bien ici sur le soin, cela ne fait pas oublier les missions de recherche et d'enseignement, mais c'est un autre sujet.

- Les discours, depuis des décennies, se gargarisent du fait qu'"il faut un « *acheteur intelligent* » au cœur du système de santé". Qu'est-ce qu'un acheteur ? C'est celui qui commande et celui qui, à la livraison, contrôle le respect du prix, de la qualité et des délais convenus lors de la commande. C'est simple. C'est nécessaire. Or c'est une banalité de constater que la Sécurité sociale est encore un acheteur aveugle. C'est pourtant moins vrai qu'il y a quelques années, mais presque tout reste encore à faire. Qui plus est, on confond souvent la mission de l'acheteur avec celle du gendarme en réduisant sa fonction à une chasse au contrevenant.

Qu'est-ce qui bloque ? : les habitudes et la culture dominante certes, mais aussi et surtout la lutte de pouvoir entre l'Etat et la Sécurité sociale. Le dossier est politiquement dangereux, "*les Français étant très attachés à la sécurité sociale*" comme on a l'habitude de le dire. Il n'empêche, il faut clarifier pour permettre à la fonction achat de s'exercer et, ainsi, mieux réguler le système.

- Reste la troisième sphère de légitimité en matière de régulation qualitative du système. Il s'agit de celle de l'évaluation des **résultats médicaux**. Nous disions plus haut que la tradition française de l'autorisation préalable était une chance pour le pays. Les pays anglo-saxons le montrent : en l'absence d'autorisation préalable, leurs procédures d'accréditation restent cantonnées à l'évaluation des structures et des procédures. Elles suppléent au manque de procédure d'autorisation. Le fait que ces pays aient la meilleure littérature du monde sur l'évaluation en termes de "résultats" ne change rien à l'affaire. Il faut bien à Medicaid, par exemple, une notion du respect des conditions minimum pour décider quel hôpital elle peut payer. Le champ, en France, est dégagé si les procédures d'autorisation préalables sont fonctionnelles et si la fonction achat est dégagée. On constate au contraire aujourd'hui en France une assimilation lente, à l'anglo-saxonne, entre l'autorisation et la certification. C'est une régression. Le fait que la France, avec la HAS, soit le seul pays du monde à avoir décidé que les politiques sont les

seuls légitimes pour évaluer la qualité médicale en lieu et place des "pairs" ne change rien à l'affaire. Comme partout, elle doit développer l'évaluation des résultats médicaux. Plus qu'ailleurs elle le peut. Il suffit pour cela de remettre de l'ordre entre les trois sphères de compétences et de responsabilités.

On est donc loin de la seule simplification du paysage des Agences. Il faut clarifier. Redéfinir les sphères de légitimité et donc de responsabilité pour leur permettre de s'exercer de façon efficace. La confusion débouche sur la perte de sens et l'inflation bureaucratique, c'est-à-dire l'incapacité à progresser. Or c'est cette exigence de progrès qui est à l'origine de ces nécessaires distinctions. La clarification est la condition pour retrouver de la fluidité et de l'efficacité dans l'exercice des responsabilités de chacun. Si nos responsables politiques procèdent à ces clarifications, l'efficacité du système s'améliorera aussitôt.

Reste qu'on ne peut pas évoquer ici cette question du paysage des Agences sans évoquer le sort de l'INCa. Durant l'automne dernier, les Parlementaires étaient majoritairement pour le faire disparaître, mais disaient ne pas pouvoir le faire pour raisons "politiques". Le cancer était réputé intouchable. On nous promet depuis un nouveau Plan Cancer. Le moins qu'on puisse dire c'est que l'INCa n'a pas profité du répit qui lui était offert pour se montrer indispensable. Collectivement, les professionnels sont à ce jour incapables d'une position forte et commune. Nul ne peut donc dire aujourd'hui ce qu'il adviendra de l'INCa. On ne peut ici que le regretter.

Clarifier les modes de rémunération et d'allocation de ressources

Il y a déjà plus de 15 ans le "Livre blanc" de Raymond Soubie, Jean-Louis Portos et Christian Prieur¹³ distinguait cinq sphères d'activité à prendre en compte pour réguler le système de santé : le médical, le politique, le financier, l'économique et l'éthique. Ils renaient 4 critères pour évaluer son fonctionnement, en soulignant qu'ils découlaient d'autant de droits du citoyen : l'équité, la qualité, la sécurité et l'efficacité. Ils soulignaient aussi que la tarification est un des lieux de mise en cohérence de ces différentes sphères d'activité. Ils précisèrent enfin que ces critères d'évaluation s'imposent à chacune et à toutes ces sphères d'activité mais qu'ils s'imposent aussi pour évaluer un bon système de tarification.

Ces considérations pouvaient à l'époque être considérées comme nouvelles. Elles devraient aujourd'hui nous apparaître comme de simples bons sens et guider notre action à tous. Il est clair que si la question de la tarification et celle des modalités de l'allocation de ressources ne sont pas premières, elle sont au cœur de toutes les approches qui prévalent en matière de système de soins hospitaliers. Il y va de la cohérence de l'ensemble. Ces questions sont donc, au sens strict, fondamentales.

- De ce point de vue la **T2A**, malgré ses limites et ses défauts, est un progrès incontestable. Il faut l'approfondir. Songeons par exemple que les hôpitaux publics sont toujours incapables de facturer ! Cela est tellement énorme que

le citoyen moyen ne le croirait pas si on le lui expliquait. Il y a donc encore des progrès à faire pour être payé pour ce que l'on fait. On ne peut croire un instant que le nouveau Ministre de la santé, alors que le Président de la République se revendique de gauche et veut mettre le principe de laïcité dans la Constitution, revienne à des systèmes d'allocation de ressources qui ressortent d'une approche ecclésiastique où l'institution est payée pour sa présence et non pour ce qu'elle fait. Les "clercs" qui poussent la Ministre à abandonner ses principes n'ont aucune chance d'être entendus, ou alors ce serait une terrible régression contraire tout à la fois à l'intérêt général, aux exigences du temps et aux principes affirmés comme fondateurs de l'action du Président de la République. Par contre des "aménagements" sous forme d'approfondissements, oui, il en faut...

Surtout, la régulation par les prix est encore embryonnaire. Non pas qu'elle ne s'impose pas aux Etablissements. Non, la question est que l'Etat ne sait pas trop s'en servir. Il apprend, mais lentement.

Approche par les prix ou par les coûts, il ne sait pas encore choisir clairement.

On écoute encore les personnes qui s'offusquent du fait que les activités sont guidées par les prix ! C'est bien pour cela qu'ils sont faits ! C'est bien la responsabilité de la DGOS d'orienter par les prix. Par contre, peu nombreux sont ceux qui critiquent ou justifient les prix ou les tarifs, sur la base des priorités de santé publique qu'ils sont censés traduire.

Les Etablissements n'ont toujours pas "*d'échelle commune de référence*"¹⁴ : celle qui, en dehors du fait de savoir s'il y a convergence ou pas, traduit les priorités et les arbitrages politiques par une échelle d'écart entre les prix des GHS, échelle qui engage l'Etat sur plusieurs années et permet aux Etablissements d'établir leur projet médical d'établissement de façon cohérente avec leur savoir faire et des choix politiques traduits clairement sous forme d'évolutions de tarifs prévisibles sur plusieurs années.

La DGOS vient d'être réorganisée, mais elle éloigne l'ATIH et elle ne se structure pas par ligne de produits. On est bien là dans l'incohérence, et cette incohérence traduit la faiblesse de l'Etat à un moment où nous aurions besoin d'un Etat fort, tout à la fois modeste et moderne pour reprendre le titre célèbre de Michel Crozier¹⁵.

Au plus haut niveau de la DGOS on ne cache pas que l'on est encore persuadé que la "planification" est plus efficace que la régulation par les prix. Le dernier exemple en date est celui de la "politique incitative" concernant la chirurgie ambulatoire.

On pourrait multiplier les exemples. Il faut donc en effet "aménager" la T2A pour rendre cet outil plus performant et, surtout, faire en sorte que l'Etat s'en serve mieux.

- De même la question du **secteur privé à l'hôpital** et des **dépassements d'honoraires** dans l'activité libérale fait partie des priorités. Celle-là est reconnue. Mais ce qui est annoncé est contradictoire. On nous dit vouloir limiter les abus. Il apparaît maintenant à presque tout le monde que ces deux pratiques dénaturent l'hôpital comme la médecine. Non pas seulement à la

marge, lorsqu'il y a abus, mais par leur usage, par la conception de la médecine qu'elles véhiculent. Quand un système est pervers et délétère, il faut avoir le courage de le supprimer en trouvant des moyens équitables pour le faire. Il en existe. Quand un patron pousse ses employés à des pratiques perverses ou condamnables, on dit que c'est un mauvais patron, même si ce sont les employés qu'il s'empresse d'accuser. L'Etat, ici, est un mauvais patron. Il faut que cela cesse.

On est typiquement sur un sujet limpide techniquement mais difficile politiquement et qui demande donc du courage aux décideurs politiques. En retour, s'ils se montrent à la hauteur, les mêmes décideurs politiques peuvent susciter un mouvement de reconnaissance forte et durable.

On l'a souvent évoquée ici, la masse des dépassements est reconnue par tous comme justifiée. La question est celle de la répartition de la charge. Plus on attend plus les effets pervers sont importants, plus les problèmes s'accumulent, plus il est difficile d'en sortir, plus les effets délétères et mortifères pour nos métiers s'étendent. Il est donc urgent de régler le sujet. Il en va en particulier de l'avenir de la médecine libérale. Encore quelques années à ce rythme et elle ne sera plus d'aucune utilité pour le pays, autant dire qu'elle disparaîtra. On en voit déjà les prémices avec les pertes de marché des cliniques et le refus de nombre de jeunes d'aller vers le libéral.

Mais il y a aussi des leviers facilitateurs dans ce dossier. La masse monétaire en jeu peut encore constituer le "grain à moudre" qui est nécessaire pour débloquer, enfin, la CCAM clinique. Par ailleurs une réforme s'avère de plus en plus incontournable, celle de l'instauration du bouclier sanitaire. Elle devrait permettre un léger coup de pouce à peu près indolore, si nécessaire. Madame Marisol Touraine est économiste. Elle sait donc qu'aucun métier ne survit longtemps à un pareil système d'allocation de revenus. Sa culture économique et la connaissance qu'elle a de l'apport indispensable de la médecine libérale à notre pays sont une chance à saisir pour régler cette question au fond. Limiter ses dégâts à la marge serait indigne car cela consisterait à continuer à pousser les libéraux vers des comportements qu'on leur reproche par ailleurs. Ce serait une mauvaise action pour le pays qui a besoin d'une médecine libérale intégrée de fait au "service public". Ce serait contraire à la volonté de "normalisation" et de lutte contre les conflits d'intérêts prônés par le Nouveau Président de la République.

Ce chantier est donc déterminant. Techniquement il peut se résoudre sans trop de difficultés. C'est d'une volonté politique clairvoyante, courageuse et dotée d'un peu d'habileté que dépend son issue. Le temps est venu de la trouver. S'attaquer à ce chantier suscitera des cris d'effroi. Le résoudre au fond suscitera une immense vague de reconnaissance.

- Plus on avance, plus le "**bouclier sanitaire**", sans doute modulé en fonction des revenus, paraît souhaitable. Les citoyens comme les patients ne comprennent plus rien à la complexité du système de cotisation et de remboursement, à la multiplication des forfaits, des franchises et des dépassements. Moins ils comprennent plus ils risquent de se désintéresser du système de

santé auquel ils sont pourtant si attachés. La tentation de l'individualisme gagnera pour répondre à ce qui apparaîtra non seulement incompréhensible mais aussi inéquitable et trop coûteux. La question des ALD souligne s'il en était besoin, la montée en puissance de la question du reste à charge¹⁶.

Le bouclier sanitaire a l'avantage d'être simple, compréhensible par tous. Il redonne du sens au système de solidarité face aux problèmes de santé. Sa gestion est économe. Il peut être mis en place rapidement et sans poser de gros problèmes techniques. Sa mise en place donnera de la souplesse pour les adaptations du système. Il constitue un bon outil de régulation et la rend compréhensible et mesurable. Bref, il devient incontournable et d'intérêt national.

D'où vient le blocage ? Des Mutuelles, car elles craignent d'avoir un rôle moindre, en tous les cas de devoir changer une bonne partie de leurs prestations. C'est sans doute vrai. Mais où est l'intérêt du pays ? Ce serait dommage de bloquer une réforme souhaitable pour ne pas dire assez indispensable sous prétexte de conflits d'intérêts.

- Dans tous les pays développés, la question de **la coordination des soins** devient déterminante pour la régulation des dépenses de santé. Elle l'est aussi du point de vue de la qualité des soins compte tenu de la montée en charge des maladies chroniques, des polyopathologies et du vieillissement de la population. Malgré son expérience des réseaux de santé, la France est en retard dans sa réflexion comme dans ses outils par rapport à de nombreux pays. Rappelons entre autres les expériences américaines (HMO et "soins intégrés"), anglaises (généralistes)... et le référendum Suisse du 17 juin prochain sur les réseaux de santé¹⁷. Nous manquons d'outils juridiques. Nous manquons de statuts adaptés pour les équipes qui veulent développer ces pratiques. Les versions du GCS se multiplient à l'infini mais ce sont plus des outils politiques dans les mains des autorités que des outils fonctionnels au service des professionnels. Malgré sa gravité potentielle, la question de la responsabilité médicale pour les pratiques d'une médecine concertée reste en déshérence depuis trop d'années, la DGOS refusant de la prendre en charge à froid, tant qu'un drame n'est pas arrivé. Nous n'avons aucune idée de la façon de rémunérer les soins "coordonnés" alors que plusieurs expériences étrangères pourraient nous inspirer. Pire, la tentative des réseaux de santé est passée de mode et les réseaux sont souvent remis en cause par les ARS. Ce sont pourtant ces mêmes ARS qui devraient être mises au centre des dispositifs d'incitation, de création, de suivi et d'évaluation des organisations nouvelles ("*innovantes*" !) permettant la coordination des soins sur les territoires. La HAS, fort heureusement semble prendre le virage¹⁸.

Un remarquable et récent rapport pose cependant la question avec toute la vigueur requise : celui qu'a fait paraître le HCAAM en mars dernier¹⁹. Il est temps de s'appuyer dessus pour mettre au point des outils juridiques, financiers et autres qui nous font défaut mais aussi pour lancer quelques "préfigurations" puisque "*tels que le HCAAM les propose, ces « projets pilotes »*

*ont ainsi une vocation non pas d'expérimentation mais de préfiguration. Leur généralisation sera cependant d'autant plus rapide qu'ils auront fait l'objet d'un important investissement préalable dans les méthodes et les outils de suivi et d'évaluation."*²⁰

Comment ne pas citer aussi la conclusion d'un article de Donald Berwick datant de 2008 sur le "triple but" à atteindre : de meilleurs soins, une meilleure santé, avec des coûts maîtrisés. Cet article était paru dans la revue Health Affairs qui se dit être "à l'intersection de la santé, du système de soins et de la politique". "Que le triple objectif soit ou ne soit pas à portée de main aux États-Unis est de moins en moins une question de difficultés techniques. A partir de l'expérience des États-Unis et à partir d'exemples d'autres pays, il est maintenant possible de décrire un système de santé qui soit tout à la fois réalisable, fondé sur des preuves et capable d'améliorer les choses sur les trois objectifs à la fois : les soins, la santé et les coûts. Les obstacles qui subsistent ne sont pas techniques, ils sont d'ordre politique. La supériorité des organisations projetées n'est plus scientifiquement discutable. Les douloureuses difficultés de la transition - les perturbations du statu quo que cela entraîne pour les institutions, les structures, les habitudes, les croyances et les flux de revenus - voilà ce qui nous fait réfuter, jusqu'à présent, les gains énormes sur chacune des composantes du "Triple but" que les soins intégrés pourraient offrir."²¹

Il est temps de s'y préparer.

Voilà donc trois grands chantiers qui nous semblent prioritaires.

- Confier la régulation à Bercy
- Clarifier le paysage des Services et des Agences en distinguant les régulations :
 - par l'autorisation,
 - par l'achat de prestations,
 - par l'évaluation de la qualité des résultats.
- Clarifier les modes de rémunération et d'allocation de ressources :
 - mieux utiliser la T2A,
 - supprimer le secteur privé à l'hôpital et les dépassements d'honoraires et le faire dans l'équité afin de redonner dignité et perspectives à nos métiers,
 - instaurer le bouclier sanitaire pour rendre le système compréhensible et mieux régulable,
 - ouvrir le chantier de l'organisation et de la rémunération de la coordination des soins.

Ces trois grands chantiers ne couvrent pas tout le champ, ni celui des chantiers de fond, ni celui des chantiers plus conjoncturels ou immédiats. La réingénierie ne veut pas dire qu'il ne faut pas assumer le quotidien, faire la chasse au gaspi, trouver des poches de productivité... En un mot, faire son métier.

Mais ce n'est pas la pression bureaucratique sur les coûts et sur les professionnels qui réussiront à développer la productivité, l'efficacité du système. Ce sont des règles du jeu clarifiées, des champs de responsabilité mieux définis, des marges de manœuvre et d'initiative recrées pour que les acteurs se reprofessionnalisent, des organisations mettant en cohérence les impératifs de santé publique et ceux de nos métiers. Il faut aussi que l'Etat apprenne à faire confiance. Ça tombe bien. C'est la priorité affirmée du Président de la République qui veut de surcroît redonner des possibilités d'initiative aux "corps intermédiaires".

Pour reprendre Crozier, l'acteur dépend du système comme le système dépend de l'acteur. Aujourd'hui les acteurs sont ou se disent malades du système. C'est donc le système qu'il faut soigner en priorité.

Sur ces chantiers de fond il aurait fallu par exemple évoquer :

- la réforme des **études** médicales qu'il faut à la fois raccourcir et recomposer. Pas une élite au monde ne se forme sur 12 ans, qui plus est sur la base d'un compagnonnage immobile. L'introduction des sciences humaines apparaît indispensable dans tous les pays développés. Un rudiment culturel sur les dimensions économiques et sociales aussi. Il s'agit d'une revendication qui date de deux générations puisqu'elle était au centre de celles des étudiants en médecine en mai 1968 !... Rajouter encore et encore des couches d'enseignements "indispensables" ne sert plus à rien. C'est l'ensemble qu'il faut repenser en s'inspirant des expériences étrangères.²²
- la surconsommation française des **médicaments**...
- la sous-utilisation des référentiels de bonne pratique et la question de savoir s'il ne faut pas réintroduire des succédanés de RMO. Le principe selon lequel il vaut mieux dire le "mal" que dire le "bien" ne s'appliquerait-il pas à la médecine ?...
- les questions liées au **système d'information** qui est en médecine comme partout au cœur du processus de production mais pour lequel, malgré de gros efforts financiers, nous sommes toujours en retard...
- la **consolidation capitalistique** de nos cliniques face aux dangers du désengagement des jeunes en matière d'entrepreneuriat, de la transition difficile des groupes familiaux au seuil de la troisième génération, des spéculations inhérentes à l'arrivée des fonds d'investissement spéculatifs, de l'incapacité des Tutelles à ouvrir un véritable droit de la coopération...
- l'avenir de la **médecine générale**²³ dont on parle beaucoup mais qui reste délaissée, dans le flou quant à ses missions, souvent dans l'incohérence de ses rémunérations. L'avenir de la médecine libérale abandonnée par les jeunes alors qu'elle reste indispensable au pays et qu'il faut donc consolider et rendre à nouveau attractive. Mais aussi, plus largement, les modes de rémunération qui sont trop souvent inadaptés, le passage à l'acte concernant les possibilités de paiement au forfait, l'urgence de la CCAM clinique...

- la tentation des Tutelles de déqualifier et de déprofessionnaliser la médecine pour résoudre les questions de la démographie médicale alors qu'il faut trouver les moyens d'une plus grande **professionnalisation** de nos métiers... Le sort tragique de l'oncologie médicale le souligne. Les "coopérations" au sens de simples transferts de tâches suscitent des inquiétudes justifiées de déqualification générale. Les récents efforts concernant l'anatomocytopathologie, au contraire, montrent la voie.
- Dans la compétition internationale il est urgent de développer les **essais cliniques** en France pour sauvegarder nos capacités nationales. Il existe de grands gisements dans les CH et dans les cliniques. Il faut pour cela des organisations spécifiques, un effort de formation et des mesures incitatives. Il faudrait aussi que les Tutelles poussent les hôpitaux universitaires à jouer leur rôle d'animateurs. Voilà une bonne "défense" des hôpitaux. Au lieu de cautionner les replis, la "spécificité des malades", les autosatisfecit d'excellence par peur de perte d'influence ou de financements, la Tutelle devrait inciter les hôpitaux universitaires à jouer leur rôle. Il n'y aurait pas de meilleur moyen de les conforter, de les justifier. De ce point de vue les différents Plans Cancer ont été des échecs. Les mesures qui allaient dans ce sens n'ont jamais été prises au sérieux par les autorités qui en avaient la charge. Il est temps de s'y mettre, en cancérologie comme ailleurs.
- le nécessaire changement culturel de la DGOS qui se considère encore comme responsable de la fonction publique hospitalière plutôt que du service public de la santé, qui pense que protéger l'hôpital c'est le retarder dans sa réforme alors que c'est l'inverse qu'il faudrait promouvoir, qui, malgré la loi Evin qui a imposé la même réglementation au public et au privé, ostracise le privé au lieu de l'intégrer au sein d'une diversité dynamisante du **service public** et de l'intérêt général...
- **l'éducation** des jeunes français en matière de santé et de simple connaissance de leur corps, des règles d'hygiène et des principales affections. La réforme Kouchner a fait du citoyen un être majeur capable d'accéder à son dossier médical. Mais le même citoyen est laissé dans une méconnaissance presque totale du fonctionnement de son corps et des conditions de sa santé. Il y a pourtant là un immense potentiel d'efficacité et d'économies...
- ...

Il en est d'autres encore.

Quant aux chantiers en cours, conjoncturels, symboliques, financiers et organisationnels, la presse et les communiqués de presse de nos très nombreuses organisations en sont pleins.

Oui, Madame, vous êtes dans un grand Ministère !

Il y faut de grandes réformes pour tenir de grands enjeux. Il faut s'interdire le recours à l'endettement, le relèvement massif des recettes, une forte dégradation du taux de remboursement des dépenses de santé par la sécurité sociale

tout en assurant l'accessibilité et la qualité des soins dans le respect de la Constitution et des principes de solidarité²⁴.

Il n'y a rien là de grandiloquent, mais largement de quoi justifier l'enthousiasme au travail et l'honneur de la politique.

Certes, la période actuelle n'est pas facile. Mais on dit souvent que la France ne se réforme que lorsqu'elle est au pied du mur. Nous y sommes, ou nous risquons d'y être très vite.

Vous ne disposez pas d'une équipe spécifiquement "santé" et les effectifs de votre cabinet sont limités. Mais les grandes réformes sont souvent l'œuvre de petites équipes déterminées, cohérentes et claires sur leurs choix. Par ailleurs le Président souhaite que les Ministres sachent s'appuyer sur les corps intermédiaires et les organisations représentatives. C'est une des clefs, en effet. Beaucoup, lorsqu'on les met en perspective, lorsqu'on les situe face aux exigences de l'intérêt général, savent se hisser au bon niveau et participer aux constructions nécessaires.

Bon courage et bon vent Madame la Ministre !

- ¹ Cette citation est extraite de la dernière publication du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM), son Avis "*Avenir de l'assurance-maladie : les options du HCAAM*", adopté à l'unanimité le 22 mars 2012 - 31 pages. Elle constitue le titre de son chapitre 2, pages 9 et suivantes.
- Rappels les deux précédentes et non moins remarquables publications du HCAAM :
- le *Rapport annuel 2011* : L'assurance-maladie face à la crise - Mieux évaluer la dépense publique d'assurance-maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins - Rapport, adopté le 15 décembre 2011 - 184 pages
 - la *Synthèse thématique* des rapports publiés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie depuis 2004 - Document établi sous la responsabilité du secrétariat général du HCAAM - mars 2012 - 147 pages
- Ces publications sont toutes téléchargeables sur : <http://www.securite-sociale.fr/Rapports-et-avis>
- ² APM - Marisol Touraine nommée ministre des affaires sociales et de la santé - Mercredi 16 mai 2012 - hm/ab/APM polsan - HMPEF001 16/05/2012 19:37 ACTU
- ³ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- Les graphes ci-dessus ont été reconstitués à partir des données suivantes :
- "*Le produit intérieur brut et ses composantes à prix courants (en milliards d'euros)*" : http://www.insee.fr/fr/themes/comptes-nationaux/tableau.asp?sous_theme=1&xml=t_1101
 - "*Dettes publiques notifiées*" : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF08337
- ⁴ CADES : Caisse d'amortissement de la dette sociale
- Selon la page d'accueil de la CADES : "*L'année 2011 a été une nouvelle fois l'occasion pour la CADES de démontrer sa solidité et son efficacité. Ainsi, en 2011, la CADES a versé 65,3 milliards d'euros à l'ACOSS avec un dernier versement de 2,3 milliards d'euros réalisé le 9 décembre 2011, conformément à la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2011.*"
- Cf. : <http://www.cades.fr/>
- "*En 2011, la CADES a émis un total de 73 milliards d'euros de dettes, dont 31,4 milliards d'euros à moyen et long-terme. Créée en 1996, la CADES est l'établissement public, placé sous la tutelle de l'Etat français, chargé de gérer et d'amortir la dette sociale française. Noté au plus haut niveau par les principales agences de notation (AAA/A1+, Aaa/P1, AAA/F1), il bénéficie par ailleurs d'une pondération 0 % au titre du ratio de solvabilité de Bâle.*"
- Cf. : <http://www.cades.fr/node/923>
- ⁵ Le Médecin de France - 12 questions aux candidats à l'élection présidentielle - François Hollande - www.csmf.org
- ⁶ "*Japan's approach confirms that enlightened government regulation can maintain access to care, avoid rationing, make use of the latest technology, and allow for multiple insurance plans and an aging population - all while restraining the growth of health care spending.*"
- Cette citation est extraite de : Naoki Ikegami and Gerard F. Anderson - In Japan, all-payer rate Setting under tight government control has proved to be an effective approach to containing costs - HealthAffairs 31, NO. 5 (2012): 1049-1056 - <http://content.healthaffairs.org/content/31/5/1049.full.html>
- Nous avons longuement commenté cet article dans notre dernière chronique ("*Annonce, Anapath, Suisse, Japon*" - Chronique 12/19 du lundi 14 mai 2012)
- ⁷ Propos tenus lors des "Auditions privées" du mercredi 16 mai 2012, organisées par la Fédération de l'Hospitalisation Privée, Décision Santé et le Quotidien du Médecin.
- Cf. : *Comment redresser durablement l'assurance-maladie ? - Rationaliser les dépenses sans rationner : les recettes du président du Haut Conseil* - Le Quotidien du Médecin du 18 mai 2012

- ⁸ Opération consistant à revoir totalement le mode de fonctionnement d'une entreprise et ses processus, à identifier et supprimer les tâches inutiles pour les remplacer par de nouveaux processus plus efficaces et plus simples.
- ⁹ "Il ne faut donc pas se limiter aux questions de paiement (plus exactement : comment faire payer les patients) car il importe aussi d'évoquer les questions essentielles de l'organisation et de la régulation du système de soins."
Christian Saout - Quand les patients renoncent aux soins : un diagnostic sur notre état de santé ? - Esprit Mai 2012
- ¹⁰ Nous n'oublierons pas non plus une dimension soulignée par le HCAAM : "Il est très important de noter que, tant les mesures « sur les prix » que les mesures « sur les volumes » ont pour effet de porter non pas sur les seules dépenses d'assurance maladie, mais bien sur les dépenses de santé.
Leur mise en œuvre suppose ainsi une articulation forte – certains ajoutent : beaucoup plus forte qu'aujourd'hui - avec les politiques d'organisation des soins et de santé publique. La contrainte budgétaire n'a aucune prise sérieuse, et peut même générer des effets pervers, si elle ne s'inscrit pas dans une contrainte de réformes structurelles.
Par exemple, pour mettre en œuvre les économies attendues de la progression de la chirurgie ambulatoire, une adaptation de l'organisation extra et intra hospitalière est indispensable. Autre exemple, les baisses de tarifs sur les actes de biologie les plus automatisés ont été accompagnées d'une modification de la législation applicable à l'exercice des laboratoires de biologie, dont l'intention était précisément de leur permettre de réaliser des économies d'échelle."
Rapport annuel 2011 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - Décembre 2011 - p. 53
- ¹¹ Cette mesure fait partie des promesses de François Hollande
- ¹² Rappelons que la course à la taille est un des effets pervers de l'administration de la santé. Pour négocier avec l'Administration il faut être "gros". De son côté l'Administration préfère les "gros" car ils sont moins nombreux à gérer. Pourtant la littérature montre bien que les effets d'échelle sont faibles dans les activités de service et la certification française montre que, comme partout ailleurs, la "qualité" est inversement proportionnelle à la taille à partir de 300-400 lits. Les Espagnols ont su en tirer les conséquences organisationnelles puisqu'ils interdisent les hôpitaux de plus de 600 lits. Au-delà, les relations se bureaucratissent, les initiatives se diluent, le sens des responsabilités se raréfie. Des directeurs de CHU espagnols affirment aussi que 600 lits c'est déjà trop. Ces constats objectifs n'enlèvent rien à la nécessité d'être "gros" et pluridisciplinaire pour mener de vrais programmes de recherche. Les deux ne sont pas contradictoires. Tout est question d'organisation. Mais ces questions restent tabou au sein du Ministère. L'arrivée d'une Ministre "économiste" devait aider à leur prise en considération.
- ¹³ Raymond Soubie, Jean-Louis Portos, Christian Prieur - *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance* - La Documentation Française - décembre 1994
- ¹⁴ Le principe de cette "échelle commune de référence" avait été acté en même temps par Claire Bazy-Malaurie (DHOS) et Gérard Rameix (Directeur de la CNAM)... en 1995 ! Il avait été soutenu par les Fédérations. Hélas, il a été combattu par l'administration de la DHOS qui s'est contentée d'attendre le changement de directeur et ne l'a donc jamais mis en place. Les "tarifs repères" ont récemment et de façon courte joué un peu ce rôle. Ils n'existent plus. Cette échelle commune de référence reste la condition d'un minimum de visibilité tarifaire pour les établissements.
- ¹⁵ Michel Crozier - *État modeste, État moderne. Stratégies pour un autre changement* - Paris, Fayard, 1986
- ¹⁶ "Enfin, même s'il a souligné les mérites du système de prise en charge des maladies les plus lourdes et coûteuses (dites « ALD »), le HCAAM a montré que ses bénéficiaires subissaient néanmoins un plus gros reste à charge moyen que le reste de la population, et que le système bénéficiait à des assurés ayant parfois très peu recours aux soins, tout en laissant de côté certaines situations pourtant génératrices de fortes dépenses." p. 22 de l'Avis du

- HCAAM daté du 22 mars 2012, déjà cité
- ¹⁷ Cf. notre dernière chronique n° 12/19 du lundi 14 mai dernier.
- ¹⁸ Cf. le communiqué de presse de la HAS du mardi 15 mai 2012 "Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques" et la publication de quatre guides et outils associés : BPCO, maladie rénale chronique, maladie de Parkinson et insuffisance cardiaque.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques
- ¹⁹ "Le HCAAM estime que c'est autour de l'amélioration de la qualité des « parcours » de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que – sans renoncer, évidemment, aux exigences prioritaires de bonnes pratiques et d'efficacité pour chaque étape particulière – se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme « d'efficacité ».
 C'est sur ce terrain de l'efficacité des parcours de soins que viennent exactement se superposer le défi soignant de la prise en charge des malades chroniques et le défi économique d'optimisation de la dépense de santé. C'est donc sur ce terrain que l'on peut, aujourd'hui, le mieux œuvrer à la défense des principes fondateurs de l'assurance maladie."
 Avis du HCAAM adopté le 22 mars, déjà cité. p. 15
- ²⁰ Avis du HCAAM adopté le 22 mars, déjà cité. p. 26
 cf. par exemple le chapitre 4 "L'assurance maladie pourrait se donner pour enjeu de se mettre au service d'une médecine de « parcours », p. 16 et suivantes
- ²¹ Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan, and John Whittington - *The Triple Aim: Care, Health, And Cost - The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political* - Health Affairs May/June 2008 - Volume 27, Number 3 p. 759 DOI 10.1377/hlthaff.27.3.759
 Cf. : <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/759.full.html>
- ²² La FHP organise le mardi 23 mai prochain un colloque sur le thème "Quelle réforme des études médicales en France ?" Maison des Océans 195 rue Saint-Jacques à Paris. Inscription possible sur le site de la FHP (<http://www.fhp.fr/>) ou directement auprès de brigitte.delalande@fhp.fr.
- ²³ Dans le cadre des articles publiés à l'occasion de son 200e anniversaire le New England souligne cette semaine l'ampleur de la question : "Quel avenir pour la médecine générale ? Le généraliste prenant en charge les soins primaires est espèce à évolution rapide - et qui, dans l'avenir, pourrait être une espèce en péril. Alors que les Etats Unis sont aux prises avec le double défi de rendre le système de santé plus accessible pour un coût moindre, il est difficile de savoir comment ces médecins vont s'insérer dans les nouveaux modèles d'organisation qui émergent. Vont-ils être de plus en plus remplacés par des infirmières et des auxiliaires médicaux ? Vont-ils devenir des partenaires ou des dirigeants d'équipes multidisciplinaires, passer plus de temps à la surveillance d'autres médecins et délaissé le contact direct avec les patients ? Est-ce que la plupart d'entre eux vont devenir salariés d'organisations importantes, alors les pratiques solitaires ou en petit groupe disparaîtront ? Est-ce que le fait d'avoir un médecin de famille va devenir un luxe, disponible principalement à ceux qui peuvent payer une prime pour s'inscrire dans une pratique de réseau ?"
 Susan Okie, M.D. - *The Evolving Primary Care Physician - Perspective* - 200th anniversary article - The New England Journal of Medicine - may 17, 2012 - n engl j med 366;20 nejm.org may 17, 2012
 Cf. : <http://www.nejm.org/>
- ²⁴ "Depuis l'origine, le respect du principe constitutionnel selon lequel « La Nation garantit à tous (...) la protection de la santé » a été assuré en choisissant, non pas une solidarité en fonction du revenu, mais une solidarité entre bien-portants et malades, qui ne prend en considération que la maladie et son coût."
 Avis du HCAAM adopté le 22 mars, déjà cité. p. 4

Entre deux périodes électorales

***Entre deux de la
période électorale,
calme,
préparation de l'avenir
et signaux faibles...***

Date de parution : mardi 29 mai 2012

Mots types : Sémantique - B. Kouchner - Hôpitaux - Cliniques - ONFV - P. Moscovici - M. Touraine - M. Sapin - M. Lebranchu - J. Cahuzac - P. L. Bras - J. L. Névache - O. Lyon-Caen - J. P. Viquant - C. Courrèges - FIDES - B. Garrigues - G. Bapt - Informatisation - HCSP - Certification - Responsabilité juridique - Télémédecine - Recherche - CH - F. Martineau - N. Ifrah - Restructuration - USA

L'entre deux de la période électorale n'empêche pas de développer une sémantique bien spécifique à laquelle il faut prêter attention. Les décrets d'attribution sortent et les futurs conseillers sont nommés. Pour le reste on est au calme, ce qui n'empêche pas quelques signaux faibles mais significatifs. Loin de chez nous, aux USA, certains annoncent une vague de restructuration de grande ampleur.

"On ne peut pas dire que..."

L'avez-vous remarqué ? Depuis les élections la langue officielle change. Transitoirement sans doute, les réformes, les initiatives, les intentions ne sont plus systématiquement qualifiées d'"innovantes" ou d"ambitieuses"... Ce vocabulaire convenu se fait plus rare. Non, ce qu'il faut maintenant, c'est démarrer sa phrase par un "on ne peut pas dire que...". Pour la suite c'est facile. Sans craindre, vous pouvez alors enchaîner des énormités. Pantois, tétanisé ou enthousiaste, votre public ne bronchera pas. Il apprend la nouvelle langue. Alors allez-y, ne vous privez pas :

- "on ne peut pas dire que les hôpitaux et les cliniques ont les mêmes patients..."
- "on ne peut pas dire que les hôpitaux et les cliniques ont les mêmes missions..."
- "on ne peut pas dire que les hôpitaux et les cliniques ont les mêmes valeurs..."

- "on ne peut pas dire que les hôpitaux se gèrent comme une entreprise..."
- "on ne peut pas dire que les cliniques ne sélectionnent pas les patients rentables..."
- "on ne peut pas dire que les cliniques fassent du service public..."
- ...

Non, non ! Il faut oublier la réforme de 1991, initiée par un gouvernement socialiste et qui soumettait tous les établissements à la même loi ! La Constitution ne fait pas de distinction entre citoyens, mais considérez qu'il y a quand même deux catégories de citoyens ceux qui se font soigner par les hôpitaux publics et ceux qui se font soigner par les hôpitaux privés. La Sécurité sociale n'y peut rien, ils sont différents puisqu'on l'affirme. D'ailleurs c'est bien connu : on ne peut pas dire qu'il n'y ait pas, à l'entrée des cliniques, un bureau des entrées qui sélectionne les patients. C'est facile, c'est marqué dessus : les patients "rentables" elles les gardent, les autres elles les expulsent. Vous ne saviez pas ? Il n'y a que les hurluberlus de la qualité qui pensent que, parfois, les "petits établissements" publics ou privés qui gardent tous les patients qui viennent les voir, feraient mieux d'orienter vers d'autres établissements les patients pour lesquels ils n'ont ni les compétences ni les équipements nécessaires... Non, non, c'est bien connu, les cliniques sélectionnent les patients rentables et les hôpitaux prennent tout le monde. C'est comme ça. Il ne faut pas confondre.

Les plus jeunes d'entre nous s'inquiètent. Ils ont sans doute tort. Le scénario est connu. Il n'est pas très agréable, certes, mais il est connu. On accuse l'autre de faire ce qu'on lui a dit de faire. Ou alors, on interdit à l'autre de faire ce qu'on a envie de faire soi-même. L'expérience prouve que si on reste discret ça peut durer mais, qu'à l'inverse, plus on tend une situation fausse, plus elle apparaît rapidement comme fausse.

Souvenez-vous de Bernard Kouchner. Le recrutement de beaucoup d'hôpitaux en sous-activité se faisait par les urgences. Par décret, il interdit donc aux cliniques de faire des urgences. Le mot doit même disparaître de tous nos imprimés, de tous nos panneaux d'affichage. Non seulement la pratique nous est interdite, mais le mot aussi.

Il faut développer les soins palliatifs et d'accompagnement ? On fait donc d'excellents Plans soins palliatifs. Mais comme il s'agit d'une opportunité nouvelle, on la réserve à ses "amis". On fait donc comme s'il n'y avait pas de décès dans les cliniques.

Et puis le temps passe. Parfois très vite.

Dans le cas des urgences, il suffit de quelques mois. Une épidémie de bronchiolite sature les services de l'AP¹. Les médias s'alarment des temps d'attente et du "burn out" des personnels de l'AP. Le Ministre s'arrange pour passer au 20 h. On nous y montre un reportage très dur et plein d'émotion sur un masseur kinésithérapeute qui "traite" un pauvre bébé hurlant devant sa pauvre mère en larmes, sans dire qu'en principe la mère n'est jamais là et sans les montrer apaisés quelques instants après, mais en montrant en gros plan le visage du Ministre aussi ému que nous par la violence de ce que nous venons de

découvrir. Et voilà qu'il pointe son doigt vers la journaliste : "*Je vais vous faire une révélation, Madame. Savez-vous que les cliniques ne prennent pas les urgences ? Et bien, ça ne peut pas durer, dès demain, je vais les obliger à faire des urgences*". Ça, c'est de la politique, de la grande politique ! Depuis, bien sûr, si le robinet des urgences est ouvert, on prend bien garde d'en limiter le débit. Il n'empêche.

Les soins palliatifs ça a été plus long, mais le privé a fini par être admis, par le même Bernard Kouchner, dans les instances de pilotage créées par les Plans soins palliatifs. La solidarité professionnelle, la "confraternité" a joué un rôle important. Puis, tous ensemble, nous avons créé les lits identifiés, les USP, les équipes mobiles, des tarifs incitatifs, le droit de franchir la frontière entre le "sanitaire" et le "social"...

Dans les deux cas, tout n'est pas parfait. Les "notes de gueule" sont encore nombreuses via les autorisations et même les "reconnaisances d'activité". Mais voilà, les politiques initiales, de restrictions au faciès, ont débouché sur une ouverture plus grande, sur un niveau d'exigence plus élevé et s'imposant à tous. Un mouvement de recul est maintenant impossible.

C'est sûr, il en sera de même aujourd'hui. On constate officiellement que "*les dépassements d'honoraires ne sont pas éthiques dans le service public*" ou que "*les dépassements excessifs sont incompatibles avec les valeurs du service public*". L'éthique ne suffit pas à bâtir une organisation solide, mais c'est un début de prise de conscience du côté mortifère pour les professions concernées des règles qu'on leur impose. On ne voit pas comment on pourrait justifier longtemps que ce qui n'est "*pas éthique*" dans la médecine exercée sous statut public, pourrait n'être qu'encadré dans la médecine exercée sous statut privé... On ne voit pas comment définir "*l'excessif*" ou comment avoir une "*régulation*" régionale ou départementale des dépassements ne déboucherait pas immédiatement sur des inégalités régionales en contradiction avec les principes républicains affirmés....

Non, il ne faut pas trop s'en faire. Il faut que ceux qui partagent une même conception de la médecine, une même conception du service public, de l'intérêt général se serrent les coudes et n'écoutent pas les sirènes de ceux qui veulent les diviser selon leurs statuts.

Ce qu'il faut craindre, c'est autre chose. Ces problèmes ont en effet une composante technique importante. Il faut donc de la compétence pour les résoudre. Il arrive aux idéologues d'être aussi compétents, mais ça n'est pas toujours le cas. Ces questions ont été politisées de façon artificielle. Il faut un peu de chance et beaucoup de savoir faire aux "politiques" pour retourner les situations. La bronchiolite c'était de la chance. Kouchner au 20 heures s'étouffant de honte et de rage devant le scandale de ce qu'il avait lui même organisé pour faire croire que c'est grâce à lui qu'on allait débloquer les choses, c'est du grand art, de la grande politique. Comme disait Vladimir Ilitch Oulianov, dit Lénine, "*les faits sont têtus*". Il n'est pas le seul à le penser. Les faits finiront bien par s'imposer. Mais il nous faudra en plus de grands "Politiques". Là, nous sommes plus vulnérables, mais il n'y a aucune raison de désespérer.

En attendant, on se surprend à souhaiter vivement la fin de la période électorale. Le lundi 18 juin au matin, on essaye à nouveau, tous, de "parler vrai ?" De revenir à l'évidence based, à la médecine basée sur les preuves ? Ça n'empêchera pas de bâtir son action sur de solides convictions et de grands principes, bien au contraire. Chiche, essayons ! D'ailleurs la chance est avec nous. Ce lundi 18 juin 2012 se tient la première réunion du groupe de travail "sémanitique" organisé par l'Observatoire national de la fin de vie. C'est bon signe. Les soins palliatifs montrent l'exemple. Suivons-les. Revenons au factuel. Parlons à nouveau médecine, qualité de prise en charge, efficience de nos organisations, droits des patients. Donnons du sens aux mots pour bâtir l'avenir.

Les décrets d'attribution

Les décrets dits d'attribution qui définissent les champs de légitimité et de responsabilité des ministres sont en grande partie sortis. Voilà du sérieux.

Une des questions qui se posait était celle de la responsabilité de la Sécurité Sociale. Dans notre dernière chronique² nous suggérions qu'il y aurait plus d'avantages que d'inconvénients à ce que les questions financières concernant notre domaine soient confiées à Bercy plutôt qu'à l'avenue de Ségur³.

C'est chose faite. On ne sait pas quels furent les arguments qui emportèrent l'arbitrage. La presse nous dit simplement qu'il y a eu débat et qu'ils furent "après". Il y a en effet de lourds enjeux. Pour nous, les choses ne seront pas plus faciles, mais elles seront plus claires, et, dans la mesure où les débats seront publics, on a une chance que le Ministre de la santé se préoccupe un peu plus des questions de santé et d'efficience que des questions de défense de la fonction publique hospitalière. C'est une chance pour nos deux secteurs, public et privé.

Pierre Moscovici est ministre de l'économie, des finances et du commerce extérieur : *"Il est chargé, en liaison avec le ministre des affaires sociales et de la santé [Marisol Touraine] et le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social [Miche Sapin], de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale et en suit l'exécution. Il est responsable de l'équilibre général des comptes sociaux et des mesures de financement de la protection sociale."*⁴

Auprès de lui **Jérôme Cahuzac** est ministre délégué chargé du budget. Son décret d'attribution n'est pas encore paru, mais il a recruté Pierre-Louis Bras comme conseiller spécial chargé des comptes sociaux.

Cette nomination semble montrer que Jérôme Cahuzac aura un rôle important. Spécialiste des questions de santé, il s'adjoint en effet un autre spécialiste qui lui, n'a cessé de travailler le sujet et est l'auteur de très nombreux et importants rapports sur l'allocation de ressources dans le système de santé.

Pierre Moscovici a "*autorité conjointe*" avec Marisol Touraine sur la direction de la sécurité sociale (DSS). Il a également autorité conjointe sur la Direction

de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) avec Marisol Touraine et **Michel Sapin**. Il peut avoir directement recours à l'IGAS⁵ et à la DGOS⁶.

Quant à **Marisol Touraine**, ministre des affaires sociales et de la santé, elle "*prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de soins. Sous réserve des compétences du ministre de l'économie, des finances et du commerce extérieur*", elle "*prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans le domaine de la protection sociale*"⁷.

A ce titre concernant notre domaine,

- elle "*est responsable de l'organisation de la prévention et des soins ; il élabore et met en œuvre, en liaison avec les autres ministres compétents, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques susceptibles de l'affecter ; il est également compétent en matière de professions médicales et paramédicales*". Elle "*est compétent en matière de lutte contre la toxicomanie*" ;
- elle "*prépare et met en œuvre les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes complémentaires, en matière d'assurance vieillesse, de prestations familiales et d'assurance-maladie et maternité, et, conjointement avec le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles*" ;
- elle "*a autorité sur la direction générale de la santé et sur la direction générale de l'offre de soins*" ;
- elle "*a autorité sur le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales conjointement avec le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et le ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative*"⁸ ;
- elle "*dispose de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie*".

Il faut citer aussi ici **Marilyse Lebranchu** qui est ministre de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique. Pour l'exercice de ses attributions, elle "*dispose, en tant que de besoin de la direction générale de l'offre de soins*"

Nomination des premiers "Conseillers"

Significatives aussi, les nominations des conseillers. Il en a été fait un bon nombre. Pourtant on a du mal à y voir clair.

On ne peut les nommer toutes. Nous avons déjà signalé la nomination de **Pierre-Louis Bras** au Ministère du Budget. Un poids lourd assurément, qui connaît son sujet.

Par contre on connaît peu le Directeur de cabinet du Ministre des affaires sociales et de la santé **Jean-Luc Névéche**. Il a été directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Guadeloupe au début des années 2000 et a eu une carrière administrative longue et variée.

A l'Elysée, **Olivier Lyon-Caen** est nommé conseiller "santé et recherche médicale" au cabinet de François Hollande. Par un certain côté, cette nomination apparaît comme peu surprenante compte tenu du parcours du Professeur Lyon-Caen. D'un autre côté elle est surprenante et inquiétante car assez contradictoire avec les orientations du Président. On se souvient en effet que le Pr Lyon-Caen était un des premiers signataires du mal nommé "*Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*" qui avait choqué beaucoup d'hospitaliers tant il était radicalement contraire à ce que son beau titre laissait supposer⁹.

Jean-Philippe Vinquant rejoint l'entourage du Premier ministre Jean-Marc Ayrault comme conseiller technique en charge de la protection sociale auprès de Christophe Devys, conseiller social. Jean-Philippe Vinquant a participé activement aux travaux du HCAAM¹⁰. Ces travaux ont marqué tout le monde par leur ouverture, leur réalisme et les perspectives qu'ils ouvraient face aux problèmes réels de notre système de santé. Ils préparaient incontestablement l'avenir. Espérons qu'ils serviront.

La Présidente de l'INCa nous a fait savoir que **Cécile Courrèges** rejoignait elle aussi l'équipe de Matignon. La presse l'a confirmé. Elle y sera conseillère santé. Elle avait été entre autres nommée directrice de l'ARS de la région Bourgogne en 2009 et y a laissé le souvenir d'une responsable ouverte et soucieuse de l'intérêt général. Arrivée à l'INCa son emploi du temps était hélas si "*chargé*" qu'il ne lui a pas laissé le temps de rencontrer une seule fois un quelconque représentant du secteur privé libéral. On lui souhaite donc un emploi du temps un peu moins chargé à Matignon ! En même temps ce nouveau départ de l'INCa ne fait que renforcer nos craintes sur l'avenir de notre Institut...

Ces nominations montrent qu'il y a débat au sein de la majorité au pouvoir sur ce qu'est l'avenir du système de santé et sur le sens qu'il faut donner aux principes d'égalité d'accès, de solidarité et de service public. Parmi les conseillers, on va semble-t-il du corporatisme le plus étroit, intéressé et conservateur, aux réformateurs les plus ouverts, concrets et imaginatifs. Tout reste donc ouvert. Si cette diversité se confirme, la capacité d'arbitrage des Ministres comptera sans doute beaucoup.

Signaux faibles...

Sur le terrain de l'administration de la santé, compte tenu de la période, l'actualité est moins nourrie qu'à l'accoutumée. Cela n'empêche pas de percevoir quelques "signaux faibles"¹¹. Citons en quelques-uns parmi d'autres.

- L'expérimentation de la facturation au fil de l'eau des séjours hospitaliers sera prolongée d'un an, ce qui reporte le début de la généralisation au 1^{er} janvier 2014, a indiqué jeudi la chef du **projet FIDES**¹² au ministère de la santé, Myriam Reynaud, au salon Hôpital expo¹³.

"Le calendrier de déploiement serait plus long sur les séjours que sur les ACE¹⁴, en raison de la complexité des flux d'information et du nombre important d'interfaces nécessaires." Les CHU pourraient avoir une année supplémentaire. On parle donc de fin 2016 ou de fin 2017...

Rassurez-vous, pour notre collègue Bernard Garrigues, président du CNIM¹⁵, il ne s'agit que d'un *"caprice de l'assurance-maladie"*.

Par contre, nous vous avons souvent mis en garde : n'en parlez ni à votre voisin, ni à votre crémier, ni à votre garagiste, ni au guichetier de la SNCF : ils ne vous croiraient pas !

- Est-on dans le "signal faible" ou dans le surréaliste ? Toujours est-il que Yann Lhomme, adjoint au chef de bureau pour l'efficacité des établissements de santé à la DGOS, a fait le point à Hôpital Expo sur la **fiabilisation des comptes hospitaliers**, en vue de la certification prévue par la loi HPST à l'horizon 2014. Oui, *"bureau pour l'efficacité"*... Sur ce sujet ça ne s'invente pas ! *"La certification des comptes hospitaliers probablement repoussée à 2016"* titre la dépêche d'Hospimedia qui rend compte de la table ronde. *"Une modification du calendrier va être de nouveau tentée"* titre l'APM. Selon ces dépêches¹⁶, Yann Lhomme a notamment lancé en préambule aux directeurs d'établissements présents qu'il s'agissait d'un *"projet complexe, demandant une forte mobilisation"* mais un projet qualité dont le retour sur investissement *"n'était pas à négliger"*. Ah bon ? On n'est pas une entreprise, mais on a un retour sur investissement non négligeable avec un commissariat aux Comptes. Intéressant. Il a voulu aussi rassurer l'auditoire en indiquant qu'ils n'iraient *"pas seuls sur ce chantier"*. Ils peuvent compter sur l'accompagnement de la DGOS, des ARS, du réseau comptable et des Directions régionales des finances publiques (DRFIP). Ils en ont de la chance les "hôpitaux publics" ! Il a rappelé les échéances prévues, en premier lieu la fiabilisation *"en cours, sur une durée indéterminée"*, avec des *"résultats tangibles au terme de deux à trois années"*. Puis pour 2012, des objectifs *"réalistes s'inscrivant dans une démarche pragmatique et progressive"* d'amélioration de la qualité des comptes. Il cause vraiment bien ce Monsieur ! *"Ce délai, nous avons tenté de le corriger avec la proposition de loi Fourcade, malheureusement elle a été censurée par le Conseil constitutionnel, mais pas sur le fond et nous sommes pour l'instant toujours sur ce cadre"*. *"Il faudra qu'on profite des six mois qui viennent pour es-*

sayer de faire passer un nouveau texte" pour modifier le calendrier. Ah, nous voilà rassurés nous aussi. Pourtant "*calendrier repoussé ou pas, il est vital*" que les hôpitaux commencent à se mettre en ordre de marche "*le plus rapidement possible*". Il faut parvenir à la fois à donner "*une image sincère*" de la comptabilité et des charges qui pèsent sur les établissements de santé et "*une information fiable*" sur les comptes hospitaliers. Vous croyez ? La présentation d'une photographie exacte des comptes des hôpitaux sera forcément appréciée par les banques, qui indiquent actuellement qu'elles manquent d'assurances dans ce domaine. Ah bon ? Un commissaire aux comptes viendra "*deux à trois fois par an*" pour auditer les comptes. Il ne sera pas dans une approche exhaustive mais aura une marge d'erreur d'environ un million d'euros pour les plus gros établissements. Ouf !

Mais, là aussi on va se permettre le même conseil. Surtout on reste entre nous. On ne le dit à personne. Même pas à un membre du Conseil Constitutionnel. Vous vous rendez compte, si les gens apprenaient que les comptes ne sont pas certifiés et qu'on va encore attendre ! Il faut être sérieux quand même...

- Dans un courrier adressé à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, **Gérard Bapt**, député socialiste de Haute-Garonne, appelle à la **mutualisation de l'informatisation** des établissements de santé, une mesure votée dans le cadre de la loi HPST et développée avec le programme Hôpital numérique. Pour lui, autoriser chaque établissement hospitalier à "*traiter individuellement par appel d'offres le choix d'un prestataire de services*" risque de "*coûter très cher*" et d'engager des dépenses importantes sur plusieurs années. Or, la mutualisation présente les avantages de ne réaliser qu'un produit au lieu de dizaines similaires et donc des économies. En outre, tout en préservant l'autonomie de gestion accordée à chaque établissement, précise-t-il, faire le choix d'un produit commun permettrait "*d'assurer une meilleure interopérabilité des données traitées*".¹⁷
- Le **Haut Conseil de la Santé Publique** publie le premier rapport qui compare la France aux autres pays de l'Union européenne sur l'état de santé de sa population et l'efficacité de son système de santé¹⁸. C'était nécessaire et logique que le Haut Conseil se lance. Il l'a fait.
- "*L'évolution du dispositif de certification V2010 est portée non seulement par le manuel mais aussi par les éléments de procédure qui caractérisent la mise en œuvre de la certification.*" La HAS¹⁹ fait évoluer sa procédure en publiant un nouveau guide. Est-il besoin d'en souligner l'importance ?²⁰
- La DGOS fait le point sur les **responsabilités juridiques** des professionnels de santé impliqués dans la réalisation d'actes de **télé médecine**, dans une note mise en ligne lundi sur le site internet du ministère de la santé²¹.

"Les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent inchangées en ce qu'elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle".

Au plan "*des responsabilités juridiques des professionnels de santé, rien ne change (...) fondamentalement avec la télémédecine*".

Des conventions conclues "*entre les différents intervenants à l'acte de télémédecine*" permettront de déterminer "*la nature précise de leurs engagements respectifs et les contours de leur responsabilité*", à charge pour le juge, en cas de litige, de tenir compte des obligations de chacun. Voilà bien le problème. Pour nous professionnels, il vaudrait mieux que les choses soient clarifiées à froid, avant qu'il y ait litige. Raison de plus cependant pour alerter les juges sur l'environnement d'une médecine de qualité, qu'elle soit "télé" ou "concertée".

Certains trouveront à la lecture de cette note que c'est peut-être un peu peu... Mais le fait que la DGOS s'intéresse à la question de la responsabilité est nouveau et c'est donc à souligner. Peut-être faut-il ne pas désespérer qu'elle se penche un jour sur le cas de la médecine concertée, de la médecine exercée dans les réseaux de santé par exemple ?

- La DGOS a annoncé mercredi le lancement d'un appel d'offres destiné à recruter plusieurs équipes de recherche chargées d'évaluer la **valeur ajoutée des systèmes d'information hospitaliers pour la production de soins**²². L'administration de la santé a du bon. Il y en a qui vont se régaler. Mais faut pas croire. On est peut-être un peu en retard, mais nous aussi on fait "moderne". L'hôpital n'est pas une entreprise, mais l'informatisation arrive quand même dans notre processus de production !
- Le président de la Conférence des Présidents de la Commission médicale d'établissement de **Centres hospitaliers**, Frédéric Martineau, a incité jeudi les hôpitaux généraux à faire de la **recherche**, lors d'une table ronde sur "*la recherche et l'innovation*" au salon Hôpital expo²³.

Il a estimé que faire de la recherche dans les CH répondait à une exigence "*d'équité*" pour les patients des hôpitaux généraux qui doivent pouvoir bénéficier des traitements innovants et des nouvelles molécules.

Il a indiqué que les activités de recherche augmentaient les qualités de "*rigueur*" dans le travail des praticiens hospitaliers et qu'elles représentaient une "*possibilité d'attractivité pour les recrutements médicaux*".

Plusieurs intervenants de la table ronde ont insisté sur la nécessité d'une collaboration avec le CHU de sa région pour développer la recherche dans un CH.

Le président du CNCR²⁴, Norbert Ifrah, a estimé que les CHU devaient jouer le rôle de "*moteur*" et "*tirer les hôpitaux généraux qui ont un intérêt pour la recherche*".

Bravo. Cliniques et hôpitaux généraux, même combat, enfin ?

—

Vers une vague de restructuration aux USA ?

Sous le titre "**un tiers des hôpitaux américains va fermer d'ici 2020**", un libre opinion émis sur un blog américain en vue amplifie cette semaine le bruit fait autour d'un livre écrit par les mêmes auteurs sur l'avenir de leur système de santé²⁵. Résumons.

Pendant des siècles, les hôpitaux ont servi de pierre angulaire au système de santé américain. Les Américains y vivent les moments les plus intimes ou les plus extraordinaires de leur vie. La plupart des Américains sont nés dans des hôpitaux. Ils passent à l'hôpital pour soigner leurs blessures ou leurs maladies graves. Leurs êtres chers vont mourir à l'hôpital. Dans tout le pays, les hôpitaux ont été intégrés dans le tissu sacré des communautés humaines. L'hôpital y est souvent le principal employeur et un acteur économique de premier rang.

Pourtant, un hôpital sur trois va fermer aux USA d'ici 2020. Pour les auteurs, cette évolution est inévitable et historique. Plusieurs facteurs en sont la cause.

Tout d'abord, l'Amérique doit diminuer le handicap que constitue le coût de son système de santé. Les prestations santé de chaque salarié coûtent chaque année 12.000 dollars à leurs employeurs et ce chiffre est en augmentation de plus de 10 % chaque année.

Deuxièmement, les hôpitaux, statistiquement parlant, sont l'endroit le plus dangereux des États-Unis. Les erreurs médicales tuent chaque année dans les hôpitaux américains trois fois plus de personnes que les accidents de la route - 100.000 décès d'un côté, 34.000 de l'autre. Les auteurs nous suggèrent d'imaginer le tollé si, chaque jour, durant 200 jours consécutifs, un Boeing 747 s'écrasait aux États-Unis ! Pourtant, actuellement l'opacité du système de santé fait que personne ne sait quels sont les hôpitaux dangereux.

Troisièmement, la qualité de service à l'hôpital est catastrophique. Des études récentes révèlent que le temps d'attente moyen dans les salles d'urgence des hôpitaux américains est d'environ 4 heures. Personne ne peut citer une autre entreprise où les Américains toléreraient un aussi faible niveau de prestations et de service.

Quatrièmement, la réforme du système de santé fera de la connectivité, des dossiers médicaux électroniques et de la transparence de banales évidences. Cela signifie que dans plusieurs années, et certainement avant 2020, pour tout Américain envisageant un séjour à l'hôpital il suffira d'aller sur le net pour comparer les hôpitaux du point de vue du taux d'infection, du résultat des interventions chirurgicales et sur de nombreux autres indicateurs. N'est-ce pas ce que font tous les Américains : comparer les boutiques ? Notre santé est notre bien le plus grand et le plus important. Pourquoi n'aurions-nous pas envie de comparer les performances des offreurs de soins de la même façon que nous comparons les couvreurs zingueurs ou les poseurs de moquette ? Inévitablement, lorsque nous serons en mesure de le faire, les hôpitaux dépendront de la qualité de leurs prestations, de leur service et de leur coût - en fait de tout ce qui est nécessaire à la compétition. Or on sait ce qui arrive lorsqu'on

est soumis à un marché ouvert et concurrentiel : il y a des gagnants et des perdants. Un tiers des hôpitaux américains ne passeront pas l'année 2020.

Bref, ça décoiffe ! Si l'on se projette chez nous, à en croire ces auteurs, malgré les restructurations massives du secteur privé en France et comme on dit dans certaines de nos Régions, "*on n'est pas rendu*" !

-
- ¹ AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris
- ² Chronique UNHPC 12/20 du lundi 21 mai 2012 : "*Nouveau Ministre, déficit et dette - Que faire ?*"
- ³ Siège du Ministère de la santé
- ⁴ Décret n° 2012-768 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre de l'économie, des finances et du commerce extérieur - JORF n° 0121 du 25 mai 2012 page 9256 - texte n° 4 - NOR: EFIX1223356D
Cf. : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORF-TEXT000025915698&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
- ⁵ IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- ⁶ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- ⁷ Décret n° 2012-769 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre des affaires sociales et de la santé - JORF n° 0121 du 25 mai 2012 page 9258 - texte n° 5 - NOR: AFSX1223361D
Cf. : mail UNHPC 12/351 du vendredi 25 mai 2012 ou <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000025915726&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
- ⁸ Michel Sapin ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social - Décret n° 2012-774 du 24 mai 2012 relatif aux attributions du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social - JORF n° 0121 du 25 mai 2012 page 9265 - texte n° 13 - NOR: ETSX1223364D
Cf. : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORF-TEXT000025915859&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
- ⁹ Cf. Chronique de l'UNHPC n° 2011/37 du lundi 19 septembre 2011 - "*Indignations*", paragraphe "*Un "manifeste" en trompe l'œil*"
Ce Manifeste avait aussi été cité dans la Chronique de l'UNHPC n° 2011/46 du lundi 21 novembre 2011 - Quelle image de nous !
Le texte intégral de ce "*manifeste*" a été circularisé 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 UNHPC n° 2011/49 du lundi 12 décembre 2011 - *Avenir de nos métiers - Avenir du système*
- ¹⁰ HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- ¹¹ D'après Wikipedia, en intelligence économique, les signaux faibles sont les éléments de perception de l'environnement, opportunités ou menaces, qui doivent faire l'objet d'une écoute anticipative, appelée veille, dans le but de participer à l'élaboration de choix prospectifs en vue d'établir une stratégie, et de réduire l'incertitude. On constate une extension tous azimuts de l'usage de la notion de "signal faible", dont la pertinence reste purement interprétative.
Cf. : http://fr.wikipedia.org/wiki/Signaux_faibles
- ¹² FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif
- ¹³ Cf. : Caroline Besnier - APM - *Projet Fides : report à 2014 du début de la généralisation de la facturation directe des séjours* - cb/eh/APM polsan - CBPEP001 25/05/2012 12:18 ACTU
Caroline Besnier - APM - *Projet Fides: interrogations des hospitaliers sur le déploiement, le coût, l'impact, voire l'utilité* - cb/ab/APM polsan - CBPEP004 25/05/2012 17:44 ACTU
ou : P. H. Hospimedia - Hôpital Expo 2012 - *Généralisation en cinq vagues de la facturation au fil de l'eau* - 24.05.12 - 18:09
- ¹⁴ ACE : Actes et consultations externes
- ¹⁵ CNIM : Collège national de l'information médicale
- ¹⁶ C. C. Hospimedia - Hôpital Expo 2012 - La certification des comptes hospitaliers probablement repoussée à 2016 - 24.05.12 - 10:02
APM - Certification des comptes des hôpitaux : une modification du calendrier va être de nouveau tentée (DGOS) - san/hm/APM polsan - HMPEO001 24/05/2012 10:22 ACTU
APM - Mobilisation générale pour la fiabilisation et la certification des comptes des hôpitaux - san/hm/APM polsan - HMPEO004 24/05/2012 10:28 ACTU
- ¹⁷ G. T. - *Hospimedia - Informatisation des hôpitaux, Gérard Bapt appelle à une mutualisation de l'offre et un gel des appels à projets* - 24.05.12 - 16:28
- ¹⁸ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) : *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*.
Cf. mail UNHPC 12/343 du mercredi 23 mai 2012
- ¹⁹ HAS : Haute autorité de santé
- ²⁰ Haute Autorité de Santé (HAS) - *Guide pratique Préparer et conduire votre démarche de certification* - V2010 - Manuel révisé - Avril 2012
Cf. mail UNHPC 12/342 du mardi 22 mai 2012
- ²¹ Note publiée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : *Télémedecine et responsabilités juridiques engagées*.
Cf. mail UNHPC 12/341 du mardi 22 mai 2012
- ²² Instruction n° DGOS/PF4/MSIOS/2012/193 du 4 mai 2012 relative à l'appel d'offre PREPS spécifique pour évaluer la création de valeur par les systèmes d'information de production de soins dans le cadre de la politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers
Cf. mail UNHPC 12/348 du vendredi 25 mai 2012
PREPS : Programme de recherche sur la performance du système des soins
- ²³ Cécile Olivier - APM - *Les hôpitaux généraux incités à faire de la recherche* - co/ab/APM polsan - COPEO003 24/05/2012 18:56 ACTU
- ²⁴ CNCR : Comité national de coordination de la recherche
- ²⁵ David Houle and Jonathan Fleece - *Why one-third of hospitals will close by 2020* - KevinMD.com
Cf. : http://www.kevinmd.com/blog/2012/03/onethird-hospitals-close-2020.html?utm_medium=twitter&utm_source=twitterfeed&goback=.gde_3583863_mem-ber_118017827_gmr_358386
Les même auteurs ont publié le livre : *The New Health Age: The Future of Health Care in America* - Paperback - December 1, 2011
Cf. <http://www.thenewhealthage.com/>

Ordre - Régulation - Installations - Rémunérations

***L'Ordre "préconise des mesures de
régulation
pour améliorer
l'adéquation de l'offre
avec les besoins
de la population"...
Le réveil attendu ?***

Date de parution : lundi 4 juin 2012

Mots types : CNOM - Recommandations - Investissements - MECSS - F. Boiron -
Ch. Gautier - T2A - Appendicectomie - M. Touraine - Th. Marmor -
Nice - Médicaments - Angleterre

Le communiqué exposant les recommandations du Conseil National de l'Ordre en matière d'accessibilité territoriale et de dépassements d'honoraires a fait grand bruit. Il peut être lu de plusieurs points de vue. Les investissements hospitaliers, l'appendicectomie, les auditions de notre Ministre, des conférences au CNAM¹ et, en Grande-Bretagne l'évolution du NICE² ont aussi, et entre autres, fait l'actualité...

Les recommandations du Conseil de l'Ordre

"Propositions chocs" - "Un énorme pavé dans la mare" - "Deux propositions percutantes" - "Propositions décoiffantes"³ - "Clarification"⁴ - "L'Ordre des médecins favorable à des mesures contraignantes pour réguler la démographie médicale"⁵ - "Le premier pas vers un processus coercitif inacceptable", l'Ordre "brade sa jeunesse"⁶ - "Une première pour la médecine libérale"⁷, "Un allié inattendu pour Marisol Touraine", "Idées choc"⁸ - "L'Ordre des médecins écorne la liberté d'installation"⁹ - "Mais que se passe-t-il au conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) ?" - "Des propositions chocs qui tranchent avec la prudence d'hier"¹⁰ - "L'Ordre secoue les médecins libéraux"¹¹ - "L'Ordre tacle l'Assurance-maladie"¹² - "Le conseil de l'ordre des médecins s'attaque aux déserts médicaux"¹³

Eh bien ! Rarement le CNOM aura suscité autant d'attention ! Cela valait bien que nous ouvrions cette Chronique sur son communiqué de mardi¹⁴.

Oui, il faut vraiment lire ce communiqué et sans doute susciter le débat autour de son contenu, si d'aventure nos équipes ne s'en sont pas emparées.

Le CNOM nous propose donc des recommandations. Elles sont le fruit des travaux de son séminaire annuel organisé cette année à Biarritz, les 10, 11 et 12 mai derniers. Sous le titre générique "*Accès aux soins*", elles concernent deux sujets importants : "*la répartition régionale inégale des médecins*", "*le principe déontologique du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires*". En faisant ces recommandations, le CNOM veut "*améliorer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population*".

Les médias ont surtout retenu deux de ces recommandations : un médecin désireux de s'installer en libéral serait tenu d'exercer pendant cinq ans dans la région de délivrance de son diplôme ; un médecin de secteur II devrait pratiquer 30 % de ses actes en tarifs opposables, et limiter les dépassements à trois ou quatre fois maximum le montant de la valeur de l'acte.

Pourquoi le CNOM s'attaque-t-il à ces questions ? "*Il faut être conscients des devoirs en matière de santé publique, on ne peut laisser des régions sans médecins et d'autres en surdensité*" répond son Président le Dr Michel Legmann.

"*Devoirs en matière de santé*". Rien à dire donc, le Président est bien dans l'objet de son Ordre. Mais il n'est sans doute pas inutile de le rappeler. "*L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. [...]*"¹⁵ C'est bien de ce point de vue qu'il peut apporter "*l'expertise spécifique*" dont il se réclame dans son communiqué de mardi¹⁶.

Le CNOM y aborde deux sujets qu'il faut distinguer, celui de la "*répartition régionale inégale des médecins*" et celui des "*rémunérations*"

La "*répartition régionale inégale des médecins*"

La question de la "*répartition régionale inégale des médecins*". C'est sur ce sujet que les recommandations du CNOM suscitent l'ire de beaucoup. Ne pourrait-on distinguer plusieurs approches ?

- **Le principe de la régulation.** Le fait qu'une profession participant à un service public aussi important que celui de la santé soit "régulée" ne peut choquer personne. La plupart de nos professions sont déjà "régulées" et celle de médecin l'est déjà largement elle aussi. Les problèmes de désertification et de démographie viennent d'ailleurs en partie d'un mauvais fonctionnement des régulations mises en œuvre. Par ailleurs qui, aujourd'hui, peut encore choisir son lieu de travail ? On peut le regretter, mais très rares sont ceux qui le "choisissent". Il est de fait imposé à la quasi-totalité de ceux qui travaillent. Il y aurait donc dans les contraintes évoquées une es-

pèce de "normalisation" que l'on peut certes regretter, mais qui, en soi, n'a rien d'exorbitant.

- **Les moyens de la régulation.** Le fait que le Conseil de l'Ordre préconise des moyens précis pour que les obligations de couverture du territoire et du respect du principe d'accessibilité aux soins soient respectées est, lui, plus surprenant. Est-ce bien à l'Ordre de dire comment faire ?

Le champ de légitimité de l'Ordre est celui de la déontologie. Il a donc légitimité à juger des moyens mis en œuvre du point de vue de la déontologie, de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

On est ici sur la proposition de moyens. L'Ordre prend donc ici un risque important, celui de se faire critiquer pour être sorti de son champ de légitimité, de s'être substitué tant aux Tutelles qu'aux autres corps sociaux, en particulier aux syndicats.

Il prend aussi un autre risque, celui d'être moins écouté, celui, peut-être, d'être jugé comme disqualifié, lorsqu'il sera amené à émettre un avis sur les "solutions" trouvées, décidées, mises en œuvre dans les mois qui viennent pour lutter contre la "*désertification*", la "*fracture territoriale*".

L'Ordre aurait été plus clairement dans son rôle s'il avait appelé fortement la profession et les Tutelles au respect effectif du droit à l'accès dans sa composante géographique, ou s'il avait réagi à des propositions concrètes du point de vue des critères qui sont les siens et que nous venons de rappeler.

- **Les recommandations** enfin. C'est un sujet en soi. On peut ici s'étonner que l'Ordre ne fasse pas la distinction entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, ceux qui travaillent sur plateaux techniques et les autres. Y a-t-il un problème de désert médical en radiothérapie ? Non, et de toute façon cela demanderait une approche spécifique. Si ces professions sur plateau technique ne sont pas concernées, il aurait fallu le dire car ne pas le dire va cimenter des oppositions potentiellement violentes contre ce qui apparaîtra à certains comme une "attaque".

L'Ordre se réclame, dès les premières lignes, de "*l'équité*". Il est bien dans son rôle. Mais pense-t-il vraiment que les ARS telles qu'elles sont aujourd'hui vont être véritablement "*équitables*" dans la répartition des moyens humains entre le secteur public et le secteur libéral ? Il en est de même dans plusieurs passages concernant la "*coopération*" publique privée. Elle est évoquée sans aucun recul comme si les mots avaient chez nous le même sens que dans le dictionnaire... On aurait préféré que l'Ordre attire l'attention sur l'impératif du respect de l'équité dans la mise en place des mesures de régulation qui viendront.

L'Ordre qui se soucie par ailleurs fort justement de la désaffection des jeunes pour l'exercice libéral aurait été bienvenu en attirant l'attention sur le fait qu'il fallait articuler les deux. Il faut réguler, certes, mais tout autant et de façon concomitante, rendre le choix du libéral plus attractif car la qualité

de la médecine comme le pays en ont besoin. Comment en effet garantir aux jeunes un véritable "libre choix" concernant le statut qu'ils choisissent ? Cela reste une question lourde sur laquelle l'Ordre aurait été tout à fait fondé à rappeler leur "devoir" aux Tutelles et à l'Université...

Par contre, il n'y a rien à dire dans le rappel des "*mesures facilitatrices conformes au code de déontologie médicale*". On est d'accord ou pas, c'est une question d'opinion, mais le CNOM est parfaitement fondé à rappeler cette conformité. Cette conformité ne contraint en rien les opinions de chacun. Seulement, elle est rappelée comme un fait.

De même l'Ordre est parfaitement dans son rôle lorsqu'il rappelle que, sur plusieurs points, à "*court terme des politiques publiques structurantes nécessitent des mesures législatives et réglementaires*". On peut trouver qu'il en manque, mais l'Ordre ne peut, ici, être contesté dans sa légitimité.

"Les rémunérations"

Le deuxième sujet qu'il faut bien distinguer dans ce communiqué, est celui des "dépassements".

Le CNOM a sans doute affaibli la portée de son communiqué en n'en faisant qu'un seul. Il s'agit des conclusions d'un seul séminaire qui articulait la réflexion sur les deux sujets de la désertification et celui de la rémunération qui, tous deux, touchent à "l'accès aux soins". Mais les sujets, bien que complémentaires, auraient sans doute gagné à être mieux séparés dans le communiqué final.

A la lecture de ce passage du communiqué, on ne peut que s'étonner du décalage entre les passions qu'il déchaîne et, pourtant, la faiblesse du propos. Le CNOM n'a toujours pas fait son aggiornamento comme on le dit d'autres instances, au sens strict, son adaptation au monde moderne. Cette question du "tact et de la mesure" vient d'une époque pré-sécurité sociale. Car enfin, limiter les abus c'est bien et c'est nécessaire, mais du point de vue déontologique on reste bien dans une situation où il y a "abus" de multiples points de vue. La distinction entre la loi et la déontologie n'est pas faite. Elle était pourtant nécessaire pour rappeler qu'il faut agir avec déontologie dans le cadre d'une "loi" perverse. Perverse car elle pervertit les fondements de la médecine.

Sur cette question l'Ordre est donc sans doute critiquable de deux points de vue. D'une part, il cautionne le système condamnable alors que son autorité morale devrait rappeler ce système à ses fondamentaux. D'autre part, de nouveau, au lieu d'en rester à son objet, il prend le risque de préconiser des moyens.

- Sur le premier point, l'Ordre se dit en préambule "*soucieux d'assumer sa mission de faire respecter le principe déontologique du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires et de remédier aux situations les plus préoccupantes*". Il a raison, il est fondé à répondre au souci qui est le sien et

nous attendons qu'il le fasse. Il débutait en soulignant l'inadéquation entre les rémunérations et les coûts ainsi que les "excès".¹⁷ Seulement on aurait aimé un troisième préambule du type "*soucieux d'assurer l'indépendance de la médecine et de remédier à des systèmes d'allocation de ressources qui assimilent la médecine à une activité de marchandage commercial*". Car enfin, nous avons changé d'époque. Le préambule de la Constitution fait, depuis plus d'un demi-siècle, de la santé un droit. Depuis plus d'un demi-siècle, un système de solidarité est en place pour prendre en charge les frais de santé et son universalité a été, au fil des ans, quasiment atteinte. "Le tact et la mesure" sont la trace d'une exigence déontologique nécessaire pour la prise en charge de patients non assurés. C'est en cela que l'Ordre a besoin d'un "aggiornamento", d'une adaptation au "monde moderne".

Dans le "monde moderne", où est la déontologie médicale que nous attendons comme citoyens autant que comme professionnels ?

Clairement dans le fait de ne pas polluer le colloque singulier par le marchandage commercial, de ne pas dénaturer la médecine en en faisant un commerce. Dans le fait de rappeler que le médecin n'a aucune légitimité à "juger" de la capacité financière de son patient, qu'il n'a aucune légitimité à arbitrer en lieu et place de ce patient dans ses choix de dépenses. Dans le fait de rappeler en plus que, le plus souvent, le médecin n'a même pas les moyens de connaître l'état réel de ses revenus. Dans le fait de rappeler aux Tutelles en quoi les politiques d'allocation de ressources doivent être, dans leurs montants comme dans leurs modalités, en cohérence avec les exigences des métiers et de la qualité de la médecine. Dans le rappel que la détermination du "reste à charge" est bien de la responsabilité du "politique" et qu'il n'est pas déontologique de transférer cette responsabilité sur des médecins, qu'il n'est pas déontologique non plus de faire varier le montant de ce reste à charge selon les individus sans donner des règles claires, vérifiables, sanctionnables. Dans le fait de rappeler aux pouvoirs publics que, pas plus que pour un employeur, il n'est déontologique de mettre en place des organisations qui ouvrent la porte à la tentation de corruption... et donc à son développement.

- Comme pour la "*distribution des soins*", et pour les mêmes raisons, l'expression des "moyens", du "comment faire" est ici aussi assez critiquable. Pas tant dans sa volonté d'en "*finir avec les excès incompréhensibles*". Pas tant sur les 30 % ou sur la règle des 3 à 4 fois le montant opposable de l'acte concerné. Après tout, le propre de la déontologie c'est de fixer des règles et d'avoir capacité à sanctionner le manquement à ces règles. On n'est pas ici, comme semble le croire la Ministre, dans l'éthique ou la morale qui sont avant tout questionnement et non affirmation. Par prudence, rappelons ici qu'un peu d'éthique ou de morale ne nuirait pas, bien sûr, mais la question n'est pas là. De plus, méfions-nous des pouvoirs publics qui seraient tentés de dire le "bien". Les pouvoirs publics ne sont pas là pour imposer le bien ou le bonheur. Ils sont là pour que nous puissions vivre en paix. C'est différent. Ces questions de dépassements d'honoraires sont le signe comme le vecteur d'un trouble dans l'ordre public du point de vue du droit d'accès

au système de santé comme du point de vue du fonctionnement de la médecine dans un pays développé bénéficiant d'une couverture solidaire. C'est cela qu'il faut corriger. C'est cela la responsabilité des pouvoirs publics. On aurait aimé que le Conseil de l'Ordre le rappelle comme son objet devrait l'y inciter. Au lieu de quoi il prend le risque de recettes de boutiquier d'un monde révolu. Il prend le risque d'être pris en tenaille par les tenants des "excès incompréhensibles" et les tenants du monde moderne qui a décidé de promouvoir l'indépendance de la médecine en déconnectant les revenus du médecin des revenus de l'individu qui est en face de lui lors du colloque singulier, sans compter la pression de ceux qui sont dans leur rôle combattant "*l'inadéquation entre les tarifs opposables et les charges économiques des structures médicales*". Sous prétexte d'en atténuer les méfaits, le CNOM prend le risque de cautionner et de prolonger un système pervers et destructeur dont nous avons pourtant les moyens de sortir définitivement, le risque, en conséquence, de cautionner la régression en médecine au lieu de favoriser le progrès en médecine.

Quand on est à ce point en décalage avec son époque, on prend le risque d'être absolument incompréhensible, même et surtout dans les affirmations d'évidence.

C'est le cas hélas de la presque totalité du paragraphe 2 du communiqué : "*Le tact et la mesure imposent au médecin, lorsqu'il fixe ses honoraires, de le faire dans le respect de certaines règles et considérations tenant à sa notoriété, à la difficulté de l'acte, aux exigences éventuelles du patient et à ses capacités financières. Le CNOM rappelle que la stricte application du tact et de la mesure implique impérativement la modulation des honoraires pour chaque patient. De façon générale, le médecin doit rester dans une pratique modérée de ses honoraires tenant compte des besoins de la population, du reste à charge que le patient peut assumer et de la situation du bassin de vie*". Le médecin n'a ni le temps, ni la capacité, ni les informations, ni les outils de pondération pour faire cela. Encore moins de le faire "*pour chaque patient*". Et les aurait-il, qu'une saine vision déontologique de la situation devrait faire dire à l'Ordre qu'on ne se fait pas justice soi-même. Bref, ça ne tient pas.

Quant à dire que le même médecin "*doit être en mesure d'expliquer le complément d'honoraires demandé tant au patient qu'aux instances ordinales éventuellement saisies*", dans ce contexte, on sait que c'est faux. Si l'Ordre s'était contenté de dire la même chose hors ce contexte impossible à tenir, on aurait pu croire qu'il suffisait de rester entre gens honnêtes et de bonne volonté. Ça pouvait se discuter. Mais faire un rapport d'évaluation pour chaque patient, en le basant sur des critères d'évaluation si complexes et pour la plupart non disponibles, qui peut y croire ? On souligne là, en creux, que tout cela n'a pas de sens. De la part d'un Conseil de l'Ordre qui fait des recommandations, c'est plutôt fâcheux.

Par contre lorsque, dans son dernier paragraphe, l'Ordre "*demande instamment à être régulièrement destinataire de tous les indicateurs nécessaires détenus par les caisses d'assurance-maladie sur les honoraires pratiqués, no-*

tamment s'agissant des situations à problème", il reste poli, comme il sied. Mais il sait aussi être ferme, comme il le faut. Il aurait pu, là aussi, reprendre le mot "*incompréhensible*" pour qualifier une situation qui l'est, assurément.

"La belle endormie"

Ce communiqué déchaîne les passions et les invectives. Dans nos débats, il vaudrait mieux que l'on se dise de quoi on parle à propos de ce communiqué, sur quel plan on se situe. C'est sans doute la seule façon de clarifier pour progresser... Et d'échapper aux utilisations manipulatrices ou par trop réductrices. L'art est aussi difficile que nécessaire car il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Certes comme le dit le Président Legmann. "*L'Ordre, c'était une belle endormie. On ne peut pas prendre de coups quand on ne prend pas de position marquée sur quelque sujet que ce soit. Je m'attends à recevoir des flèches.*"¹⁸ Il ne faut pas tuer la belle endormie sous prétexte qu'elle se réveille enfin. On se souvient de ce qu'il advint des courageuses tentatives de réveil des Présidents Glorion et Hoerni. Mais il faut sans doute la stimuler encore un peu, la "*belle endormie*", pour qu'elle se retrouve en pleine capacité et qu'elle prenne pleinement conscience du monde dans lequel elle se réveille... Nous en avons tous un urgent besoin.

Quelques brèves sur la semaine

Il aurait fallu aborder d'autres sujets marquants de la semaine, parmi lesquels :

- **Les investissements à l'hôpital** : Plusieurs représentants de syndicats de directeurs hospitaliers ont souhaité un ajustement du système de financement des investissements tout en s'opposant à une centralisation, lors d'une audition par la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat mercredi 23 mai. Décidément le rapport de la MECSS sera bien intéressant à lire ! Nous diffuserons bien sûr ces débats comme nous l'avons fait des précédents. Contentons-nous de citer ici le début de la dépêche APM¹⁹ :

"Le président de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH), Frédéric Boiron, a rappelé que les capacités d'investissement provenaient d'une marge sur les recettes, c'est-à-dire les tarifs, de crédits de soutien à l'investissement au titre de la mise en œuvre de plateaux techniques et de crédits d'aide à la prise en charge de l'impact financier d'un emprunt.

Interpellé par Jacky Le Menn sur l'intérêt de retirer les investissements de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour privilégier un financement de type contrat de plan Etat-Région, à l'instar des routes, collèges et lycées, le futur président du Syndicat des managers publics de santé (SMPS), Christophe Gautier, a rejeté cette idée.

« On risque de retomber dans les travers que nous avons connus dans le passé avec le budget global, où les rapports de forces ou d'influence emportaient les décisions sur les équipements », ce qui retirerait aux établissements « la maîtrise de [leurs] choix » et les arbitrages sur les constructions.

Pour Christophe Gautier, il serait plus judicieux d'ajuster les tarifs pour « dégager des marges plus confortables » et permettre ainsi aux établissements de garder la main.

Frédéric Boiron a aussi mis en garde contre « la tentation du Léviathan administratif [qui] est une tradition française ».

« Sortir les décisions du système hospitalier, soit, mais où les placer ? Comment les gérer ? ». Pour lui, une gestion « centrale et lointaine » serait « source de gâchis et de difficultés »."

Qui dit qu'on ne peut pas raisonner efficacité de la même façon entre public et privé ?

- **L'appendicectomie.** Nous avons déjà évoqué la question de l'antibiothérapie comme substitutif de certaines prises en charge chirurgicales de l'appendicectomie.

Le Pr Corinne Vons y revenait cette semaine devant l'Académie de Chirurgie lors d'une session dont le thème était "*Appendicite aiguë : le dogme de l'intervention d'urgence remis en cause*"²⁰. En termes de veille stratégique, nous voilà prévenus. Il faut anticiper ces changements d'activité au bloc. Le mauvais côté c'est la baisse d'activité pour beaucoup de nos établissements. Cette baisse d'activité était d'ailleurs largement en cours. Le bon côté c'est la preuve, une fois de plus, que, à résultat équivalent ou supérieur, les innovations peuvent être facteur de baisse des coûts et de plus grande productivité du système, chez nous comme ailleurs.

- **Les auditions** de nos organisations médicales et hospitalières par la Ministre Marisol Touraine. Elles ont été nombreuses durant cette semaine. Tout le monde se félicite du climat. Presque tous les communiqués de presse s'étendent beaucoup plus sur ce qu'ont dit nos organisations que sur ce qu'a dit la Ministre. Il semble que la conclusion majeure soit la même pour tous : rendez-vous après les législatives. Après tout c'est assez normal... Mais du coup nos interrogations demeurent !
- Nous avons signalé les conférences proposées par le Pr Jean de Kervasdoué, au CNAM sur "*L'Actualité internationale des politiques de santé*"²¹. Celle du Pr **Theodore Marmor** sur "*Quel(s) avenir(s) pour la "réforme Obama" du système de santé ?*" a été particulièrement intéressante et riche d'enseignements. Les actes seront publiés et nous les circulariserons. Au-delà de la très importante décision des juges de la Cour suprême sur la constitutionnalité des lois que nous appelons "réforme Obama", le Pr Marmor a montré comment la complexité du système politique américain expliquait la complexité de la réforme, comment le Président Obama avait en

fait bâti sa réforme sur l'expérience républicaine du Massachusetts pour gagner les quelques voix qu'il lui fallait du côté des Républicains pour compenser la perte de quelques voix démocrates. Mais il a montré aussi que l'axe de cette réforme n'était pas ce que nous croyons souvent en Europe, à savoir la construction d'un système d'assurance sociale, mais au contraire l'extension de ce qui ne marche pas ou plutôt de ce qui engendre un coût prohibitif : l'extension du recours aux assurances commerciales. Pour lui la question de la maîtrise des coûts du système non seulement n'a pas été prise en charge, mais tout laisse à penser qu'elle va s'amplifier.

- **Médicaments mis sur le marché en Angleterre et rôle du NICE** : D'après le Ministre de la santé anglais, la loi sur la santé dite "Health Act" renforce plus que jamais le rôle et la légitimité du Nice Anglais. La réforme est intéressante à suivre. Les Anglais étaient souvent critiqués pour leur approche coût bénéfice en matière de molécules innovantes et de mise sur le marché des médicaments. Il n'empêche qu'ils défrichent le terrain avec une avance considérable sur nous et que leur expérience nous servira beaucoup le jour où nous devons nous y mettre. Il s'agit ici du Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS). Le Ministre annonce sa fin pour janvier 2014. Il sera remplacé par le Value Based Pricing (VBP). En gros, ce n'est plus le Nice qui va fixer les prix. Il se contentera de faire l'évaluation exhaustive y compris de la valeur ajoutée du produit, de ses avantages thérapeutiques, de la qualité de l'innovation qu'il apporte, de la réponse qu'il apporte à des besoins non satisfaits, de ses avantages en termes de santé publique... C'est le gouvernement qui fixera le ou les niveaux de prix.²²
Interesting isn't it?

- ¹ CNAM : Conservatoire national des arts et métiers
- ² NICE : National institute for health and clinical excellence
- ³ H.S.R. - *Réguler l'installation et limiter les dépassements : les propositions chocs de l'Ordre* - le Quotidien du Médecin du 29 mai 2012
- ⁴ APM - *Dépassements d'honoraires : le tact et mesure s'arrête à quatre fois le tarif opposable (Ordre des médecins)* - vg/ab/APM polsan - VGPET001 29/05/2012 14:33 ACTU
- ⁵ APM - *L'Ordre des médecins favorable à des mesures contraignantes pour réguler la démographie médicale* - vg/ab/APM polsan - VGPET002 29/05/2012 17:01 ACTU
- ⁶ Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf), l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar- IMG) et le Regroupement autonome des généralistes, jeunes installés et remplaçants (Reagjir) selon l'APM - *Les jeunes médecins vent debout contre un premier exercice imposé dans la région de formation* - vg/hm/APM - VGPEU001 30/05/2012 11:03 ACTU
- ⁷ Vincent Collen - *L'Ordre des médecins prône la limitation des tarifs et la fin de la liberté d'installation* - Les Echos du 30 mai 2012
- ⁸ Olivier Auguste - *Déserts médicaux, honoraires : les idées chocs de l'ordre des médecins* - Le Figaro du 30 mai 2012
- ⁹ Sophie Esposito - *L'Ordre des médecins écorne la liberté d'installation* - La Croix du 30 mai 2012
- ¹⁰ Eric Favereau - *Le conseil de l'ordre prêche sur les déserts médicaux* - Libération du 30 mai 2012
- ¹¹ Henri de Saint Roman - *Plafonner les dépassements, encadrer l'installation* - L'Ordre secoue les médecins libéraux - le Quotidien du Médecin du 30 mai 2012
- ¹² Dépassements d'honoraires - *L'Ordre tacle l'Assurance-maladie* - Le Quotidien du Médecin du 31 mai 2012
- ¹³ Laetitia Clavreul - *Le conseil de l'ordre des médecins s'attaque aux déserts médicaux* - Le Monde du 31 mai 2012
- ¹⁴ "Accès aux soins : recommandations du Cnom", Communiqué du 29/05/2012.
Cf. mail UNHPC 12/359 du vendredi 1 juin 2012 ou <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/acces-aux-soins-recommandations-du-cnom-1185>
- ¹⁵ Article L. 4121-2 du code de la santé publique
- ¹⁶ "l'Institution ordinale s'engage à apporter son expertise spécifique dans la mise en œuvre de ce nouveau dispositif". Communiqué du 29 mai 2012
- ¹⁷ Concernant les "recommandations" relatives aux "rémunérations", le communiqué débute par deux préambules. Le premier est rédigé ainsi : "Le CNOM, conscient que du fait de la disparité croissante engendrée par l'inadéquation entre les tarifs opposables et les charges économiques des structures médicales, la participation financière laissée à la charge des assurés sociaux a progressivement augmenté. De surcroît cela a aussi entraîné un certain nombre d'excès en matière d'honoraires".
- ¹⁸ Cité par Olivier Auguste - *Déserts médicaux, honoraires : les idées chocs de l'ordre des médecins* - Le Figaro du 30 mai 2012
Cf. aussi : "La composition de l'Ordre a évolué, précise le président du CNOM. Quelques médecins plus jeunes sont entrés. L'Ordre n'est plus le château de la Belle au bois dormant". Le Dr Legmann cité par H.S.R. - *Réguler l'installation et limiter les dépassements : les propositions chocs de l'Ordre* - Le Quotidien du Médecin du 29 mai 2012
- ¹⁹ APM - *Investissements hospitaliers: plusieurs syndicats de directeurs s'opposent à une centralisation du financement* - cb/ab/APM polsan - CBPEU003 30/05/2012 19:00 ACTU
- ²⁰ APM - *Appendicite aiguë non compliquée : la fin annoncée de la chirurgie* - fb/ab/APM polsan - FBPEU004 30/05/2012 19:27 ACTU
- ²¹ Cf. mail UNHPC 12/345 du jeudi 24 mai 2012
- ²² Communiqué du NHS - *Health Act makes NICE stronger than ever before* - 17 May 2012
Cf. : <http://www.nice.org.uk/newsroom/news/HealthActMakesNICEStrongerThanEverBefore.jsp>

ASCO - Délais - Tabac - McDonald - Inde

***La France commence timidement
à mesurer ses délais
de prise en charge
et à les publier...
Enfin !***

Date de parution : lundi 11 juin 2012

Mots types : Immunothérapie - INCa - Prise en charge - Sein - Poumon - Tobacco documents - Cigarettes - R. Proctor - Fondation McDonald - Productivité - D. P. Shetty

Cette semaine a été marquée par la campagne électorale, du moins aurait-elle dû être marquée par la campagne électorale. Rarement, sans doute, on aura vu en France une campagne aussi atone. Cela est sans doute inquiétant. Inquiétant comme la montée de la misère et de l'humiliation des peuples dans notre vieille Europe. La tentation des extrêmes renaît. "*Le ventre est encore fécond, d'où a surgi la bête immonde*" prévenait Bertolt Brecht¹. Le drapeau européen porte pourtant le symbole du monstre terrassé. Mais les citoyens constatent l'incapacité de nos politiques à se montrer à la hauteur des échéances. Il y a du tragique dans l'air. Sans parler des horreurs en Syrie. Elles sont telles que les diplomates les plus chevronnés et les plus policés en perdent le contrôle de leur vocabulaire à l'ONU. Mais ce n'est pas ici qu'il faut commenter. Tout au plus, mentionnons-nous cet environnement pour rappeler que cette Chronique se consacre uniquement à notre petit Landerneau de système de santé.

Avec cette focale, on pourrait cette semaine paraphraser la Fontaine² et dire "*lutte contre l'alcool, le tabac et l'obésité, promotion du sport font plus que chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie dans le combat contre le cancer...*". Il ne faut rien négliger, même si chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie sont nos responsabilités premières.

Parmi ces ingrédients, nombreux sont ceux qui sont là cette semaine. Nous avons eu l'ASCO, la Journée mondiale sans tabac³ et les Journées européennes de l'obésité⁴. Concernant nos pratiques, nous avons eu une première étude relative à la mesure de nos délais de prise en charge. Enfin ! A l'international, notre attention a été attirée par l'expérience d'un médecin entrepreneur indien.

ASCO 2012

Le grand rassemblement annuel de l'ASCO⁵ s'est tenu du 1er au 5 juin, à Chicago comme depuis plusieurs années. Il faut disposer de ses immenses capacités d'accueil compte tenu du nombre de participants. Les secteurs industriels de pointe comme celui de l'électronique ont des rassemblements mondiaux annuels où apparaissent les nouveaux produits. Il se passe un peu la même chose avec l'ASCO. C'est le rendez-vous annuel où on a le plus de chances d'avoir la primeur des "nouveauautés".

D'après la presse et ceux qui y ont participé ce fut une bonne année. Pas plus, mais c'est déjà très bien. On ne peut pas avoir chaque année une annonce de type Herceptin !

Comme chaque année, les bilans seront nombreux et il faudra les confronter. Les participants font ces jours-ci leurs rapports à nos équipes. Mais l'information immédiate compte aussi. Il faut noter la qualité parfois très grande du suivi proposé par certains supports de presse. Comment ne pas noter ici l'excellent travail de l'APM - l'Agence de Presse Médicale - et de sa journaliste spécialisée Sylvie Lapostolle. Un vrai travail de journaliste qui ne se contente pas de reprendre les très bons comptes rendus présentés sur place à la presse mais qui vérifie ses sources et le tout en un temps record malgré le nombre impressionnant de dépêches à rédiger. Nous sommes souvent déçus par la presse lorsqu'elle parle de notre secteur. Mais il lui arrive aussi de nous être indispensable tant sa qualité peut être grande. Les abonnés à l'APM l'ont constaté cette année encore concernant l'ASCO, même si la signature "s/" est souvent discrète...

Pour être bref, nous soulignerons ici quelques points parmi ceux qui ressortent des articles de presse parus cette semaine et qui nous ont aussi été confirmés comme étant plus particulièrement dignes d'attention par un long entretien avec le Pr Jean-Pierre Armand dès son retour.

- "*La grande nouveauté, c'est le retour de l'immunothérapie*" comme le dit Agnès Buzyn. C'est le cas pour un médicament anti-PD-1 (programmed cell death protein 1, encoded by the PDCD1 gene) testé par le laboratoire BMS sur le mélanome⁶, les cancers du rein et du poumon. Cela ouvre une porte nouvelle et importante après des années et des années d'échec de l'immunothérapie. Reste la question du prix, pour l'instant prohibitif. A suivre donc, de ces deux points de vue.
- Roche - Genentech a aussi soulevé des espoirs importants sur le sein avec T-DM1, son nouveau médicament pour les rechutes après Herceptin.
- Plusieurs résultats impressionnants ont aussi été dévoilés concernant la prostate, avec de faibles toxicités. Des réponses ont été observées avec l'anticorps bispécifique blinatumomab (Micromet/Amgen) dans la leucémie ai-

guë lymphoblastique (LAL) en rechute et/ou réfractaire. Comme chaque année des extensions d'indications sont confirmées.

- On savait qu'en radiothérapie le respect strict du planning des séances était probablement plus important que la date de démarrage de la première séance. L'ASCO 2012 semble montrer que le strict respect du planning des séances de chimiothérapie améliore aussi la survie. Important pour nos organisations. Il va falloir convaincre nos patients qu'il n'y a pas de bonnes raisons pour surseoir, même une fois.
- Un point d'attention en termes d'accessibilité a été souligné en partant de l'expérience américaine. On croyait les "pauvres" bien placés dans les essais cliniques. Ces essais sont souvent pour eux, plus que pour d'autres, la garantie d'être bien soignés. Eh bien il semble que les "pauvres" soient moins nombreux qu'on ne le pensait dans les inclusions en essais cliniques. Ils y seraient même particulièrement peu nombreux pour toute une série de raisons (culturelles, éloignement, travail...). Heureusement la couverture sociale est bien meilleure chez nous, mais il y a là quand même un point d'attention à surveiller. Qu'en est-il chez nous ?
- Avec 413 présentations à l'ASCO les chercheurs français sont les deuxièmes contributeurs, après les Américains, et à égalité avec les Italiens. C'est une bonne nouvelle assurément. Gustave Roussy a fait à lui seul 50 présentations. Trois papiers majeurs ont été présentés par des Français en séance plénière. Il faut s'en réjouir, même si on aimerait qu'ils portent plus sur des découvertes françaises...

Mesurer nos délais, enfin !

Tout le monde dit que le délai de prise en charge est un des indicateurs clés de la qualité de la prise en charge en cancérologie. Tout le monde le dit mais bien rares sont ceux qui le mesurent. Dans ce domaine, nous sommes collectivement très mauvais et il faut absolument nous améliorer.

Certains pays, anglo-saxons en particulier, se sont mis des objectifs. Il a fallu attendre 2011 pour avoir une étude de littérature de la part de l'INCa. Depuis le premier Plan Cancer, l'UNHPC a toujours insisté pour que l'on se mette d'accord sur une méthode. La seule question qui pose problème est celle du point de départ. Les points d'arrivée sont clairement identifiés (RCP, anapath, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie...). La DHOS à l'époque, l'INCa ensuite, ont toujours été frileux sur ce sujet. Curieusement la Ligue n'a été d'aucun secours. Curieusement aussi, la CNAM a toujours été complètement silencieuse sur ces sujets lors de nos réunions. Il en est de même des autres caisses. Comment devenir un acheteur "avisé" sans connaître les délais ? Mystère. A moins qu'on veuille rester un acheteur passif, aveugle, mais alors on n'est pas acheteur, on est simple payeur aveugle... Il faut bien le dire : pour nous, après 3 Plans Cancer, cette volonté de ne pas mesurer les délais tournait au

scandale. Nous le disions à temps et à contre temps. Cela ne plaisait pas, la raison de cette sourde opposition restait mystérieuse mais l'exigence demeurait. L'INCa a enfin décidé de faire une expérimentation. Les résultats sont parus cette semaine⁷. Il faut s'en réjouir. Pleinement.

Inutile donc de dire ici qu'ils sont de première importance. Pas tant par eux-mêmes que par le fait qu'ils sortent, enfin.

Nos lecteurs s'y rapporteront, s'ils ne l'ont déjà fait. La lecture de ce long rapport est un peu exigeante. Elle est indispensable. Cette première étude concerne le sein et le poumon. Elle n'a été menée que sur 8 Régions. Une seconde étude a débuté en 2012 sur les cancers du côlon et de la prostate. Elle concerne 13 Régions.

Les résultats ne révèlent rien d'extraordinaire⁸, même si chacun trouvera ici et là matière à alerte et motif à progresser⁹. C'est en cela qu'ils sont utiles.

On trouve encore une trace des atermoiements dans des phrases comme *"le dernier objectif poursuivi par cette étude était d'évaluer l'intérêt de la mesure des délais en routine ainsi que la méthode la plus appropriée pour mesurer ces délais."* L'intérêt ? Heureusement on enfonce quand même la porte ouverte : *"Les résultats obtenus montrent tout l'intérêt de ces mesures."*¹⁰ Ouf !

L'important est surtout de se mettre enfin d'accord sur une méthode : quels délais mesurer ? à partir et jusqu'à quelle borne ? comment et où rassembler nos données en routine pour pouvoir nous comparer et progresser ? La mesure des délais fait partie de l'absolue nécessité d'évaluer nos pratiques à partir d'indicateurs de résultats. A ce stade, il n'est pas utile de discuter du pourquoi : ce sont les résultats qui nous permettront d'en discuter de façon utile. On ne peut améliorer que ce qu'on sait mesurer. Ce qu'il faut c'est déterminer les quoi ?, qui ?, quand ?, comment ?

Nous avons un début de réponse : *"Le premier objectif, consistant à améliorer la connaissance des délais les plus traceurs du parcours de soins des cancers du sein et du poumon a été atteint, offrant ainsi une base de réflexion sur la qualité de la prise en charge des patients."*

Pour le cancer du sein, cinq délais ont pu ainsi être décrits et analysés : le délai d'accès au diagnostic, le délai d'accès à la chirurgie, le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire, le délai d'accès à la radiothérapie et le délai global entre la mammographie et le début de la radiothérapie.

*Pour le cancer du poumon, les délais décrits sont au nombre de quatre : le délai d'accès au diagnostic, le délai d'accès à la proposition thérapeutique, le délai d'accès au premier traitement et le délai global entre la première imagerie anormale et la mise en route du premier traitement."*¹¹ Bravo ! Tant pis pour le langage qui en ferait rire beaucoup, hors système de santé : *"délais les plus traceurs du parcours de soins des cancers..."* ! Bravo ! Au travail pour se mettre en mesure de suivre ces indicateurs en routine dans chacune de nos équipes !

*"Une réflexion plus fine sur chacun de ces délais dans chaque région pourrait sans doute ouvrir des pistes de travail."*¹² Bien sûr ! Il faut le faire, vite !

*"La méthodologie mise en œuvre apparaît pertinente pour mesurer ces délais comme vu en première partie de ce chapitre, mais il n'est pas possible de la mettre en œuvre en routine dans le contexte actuel de recueil d'informations pertinentes. Il est donc nécessaire de réfléchir à un système permettant de recueillir en routine et de façon précise les dates des événements clés permettant de décrire les délais les plus traceurs du parcours de soins si l'on veut pouvoir évaluer de façon récurrente l'évolution de ces marqueurs de l'accès aux soins."*¹³ Eh bien, réfléchissons, vite !

*"La méthodologie mise en œuvre permet de constater les écarts observés selon le statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique ou de la région, mais ne permet pas de les expliquer : les facteurs organisationnels au sens large (répartition territoriale de l'offre de prise en charge, coopération entre les établissements, etc.) peuvent être la source majeure de cette hétérogénéité, sans que l'étude ne permette, en l'absence d'indicateur spécifique les décrivant, d'objectiver le rôle de tel ou tel de ces facteurs."*¹⁴ Eh bien, mettons-nous au travail, vite ! Et regardons aussi du côté de nos organisations !

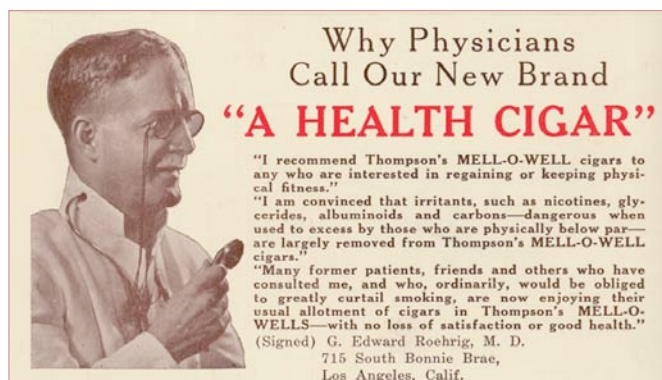
On l'aura compris. Cette étude marque une étape fondamentale dans nos capacités à améliorer nos pratiques. Elle a été longue à venir, mais elle est là. Il faut ici remercier les personnes et les équipes qui ont réussi à la mener à bien. Nous leur devons beaucoup.

Mais on voit bien le travail qui reste à faire. Ce qui a été franchi n'est qu'une étape. Plus que jamais il faut se mobiliser pour progresser, pour se doter d'outils de mesure communs, de suivis en routine, de capacités d'analyse, de suivi et de corrections de nos organisations à la mesure des enjeux. N'attendons pas une énième couche de normes. Mobilisons-nous. On est ici sur une question de gestion. Directions, 3C, CME, réseaux de santé territoriaux, réseaux régionaux doivent se mobiliser. Les Régions expérimentales ont un peu d'avance. Les autres peuvent s'y mettre, le terrain est maintenant un peu préparé. Il n'y a plus de temps à perdre. Il n'y a plus de raison de tergiverser.

Tabac, conflits d'intérêts et corruption

A l'occasion de la Journée mondiale contre le tabac, Le Monde a publié dans ses numéros spéciaux des week-ends des 26-27 mai et 2-3- juin¹⁵ toute une série d'articles sur l'influence de l'industrie du tabac sur le milieu médical. Ces articles sont importants car ils sont d'une nature différente de ce qu'on a l'habitude de lire. Nous nous élevons souvent ici contre l'ostracisme idéologique stupide qui domine souvent notre milieu hospitalier et qui dépeint l'industrie qui serait "méchante et mauvaise" par nature, alors que le système de santé public serait l'incarnation du "bien" et ne connaîtrait pas, en son sein, de conflits d'intérêts. Il y a des gens bien partout ou presque, et de mauvaises gens partout ou presque et, quoi qu'on dise, l'hôpital est une entreprise... Ces articles du Monde sont importants car ils se fondent sur l'analyse des faits. La Revue de presse de l'INSERM, pour prendre un exemple, souligne que "*le quoti-*

dien révèle que « les cigarettiers américains ont financé les travaux de scientifiques français de renom »¹⁶. Certes, mais le plus important n'est pas dans la liste des noms cités.



Ces articles vont beaucoup plus loin. Ils permettent de mieux situer les voies et moyens des "voyous" de l'industrie du tabac. Ils montrent que les choses sont beaucoup plus subtiles que la caricature de la remise de chèques de la main à la main. Ils permettent tout à la fois de déniaiser le lecteur non initié et donc forcément un peu naïf, et de muscler le professionnel en éveil sur ces questions réelles mais difficiles de corruption et de conflits d'intérêts.

Résumons.

- Quel est l'enjeu ? : celui du tabagisme passif. La dernière grande étude sur le sujet estime que le tabagisme passif serait à l'origine de plus de 600.000 morts par an dans le monde. Les estimations en France vont de 1.000 à 3.000 morts en 2002.¹⁷ Pour les cigarettiers il faut sauver leur marché en luttant contre la prise de conscience de la nocivité du tabac.
- Quel est l'objet de ces articles ? Montrer en quoi les cigarettiers ont subverti et perverti certains médecins, y compris en France.
- Quelles sont les sources ? L'enquête du Monde se fonde sur les "**tobacco documents**". Ces documents secrets ont été versés dans le domaine public à partir de 1998, après les poursuites de 46 Etats américains contre les majors de la cigarette, sur demande de justice.¹⁸
- Quelles sont les méthodes de l'industrie du tabac qui sont dénoncées par ces documents officiels ? Le Monde cite plus particulièrement des documents issus de Philip Morris.
 - "*Nous travaillons à recruter des scientifiques français qui pourraient nous aider sur le problème de l'ETS*"¹⁹ Les industriels du tabac mettent sur pied un réseau mondial de ceux qu'ils nomment dans leurs documents internes les "*blouses blanches*".
 - Des programmes sont montés afin "*d'identifier, de former et de promouvoir des scientifiques, médecins ou ingénieurs qui ne seraient pas assimilés à l'industrie par le public*".

- Des programmes, des colloques, des revues sont développés afin de permettre *"de continuer d'utiliser l'argument selon lequel il n'y a pas de preuve scientifique convaincante que l'ETS représente un risque pour les non-fumeurs."* Le but est de *"dispenser les suspicions de risques"* - en mettant systématiquement en avant d'autres polluants de l'air intérieur. Le Monde parle de *"l'industrie du doute"*. Le but est de jeter le doute sur les études concernant la nocivité de la cigarette et du tabagisme passif.
 - Les colloques sont abrités dans des institutions de renom (Université McGill...) et ont un caractère international, gages de crédibilité. Ces conférences sont l'un des éléments-clés de la stratégie des cigarettiers pour relativiser les risques liés au tabagisme passif. *"Le centre d'intérêt ne sera pas le tabac, ce sera plutôt de montrer l'insignifiance de la fumée ambiante de la cigarette, en mettant en avant les vrais problèmes de qualité de l'air"*.
 - Les conclusions "scientifiques" sont largement circularisées : le tabagisme passif est *"un sujet controversé"*, en raison *"du peu de confiance dans les publications"*, de *"l'impossibilité à conclure"* du fait des *"biais introduits dans les travaux sur l'ETS"*.
 - L'entrisme dans les sociétés savantes et autres organismes professionnels. Le Monde donne plusieurs exemples. La création ex-nihilo de "sociétés savantes", plus particulièrement sur tout ce qui peut polluer l'air ambiant, sauf le tabagisme passif. *"Nos consultants ont créé la seule société scientifique au monde qui traite des questions de qualité de l'air intérieur."*
 - L'organisation de la publication d'innombrables commentaires lors des débats ouverts sur les études vraiment scientifiques qui vont à l'encontre des intérêts des cigarettiers.
 - Le développement d'argumentaires sur des "valeurs" (le "plaisir" légitime...), les "croyances" concernant ces produits, ou sur leur image, plutôt que sur leurs véritables effets sur la santé. Il faut tendre ainsi à normaliser leur consommation. Il faut focaliser ces argumentaires sur les consommateurs - le mangeur de sucre solitaire, le fumeur - et leur stigmatisation supposée plutôt que sur les industries qui promeuvent ces produits. Développer des assimilations avec des produits dont la consommation peut être parfois "risquée" mais est essentielle à la vie, comme la nourriture.
- Peut-on résister à l'appel des sirènes ? Oui, le Monde donne des exemples, toujours issus des documents officiels. Il y a des gens prudents, d'autres qui se renseignent et refusent. Il arrive que les organismes qui subventionnent soient connus et aient fait l'objet de dénonciation par la presse ou par des organismes professionnels de renom. Plusieurs exemples sont donnés. Encore faut-il se renseigner.

- Pour autant tous les subventionnés sont-ils des voyous ? Non. Le Monde décortique plusieurs cas, en donnant le nom des personnes ou des laboratoires. Plusieurs s'expliquent. Beaucoup sont des imprudents. Beaucoup n'ont pas perçu de rémunérations personnelles. Par contre des carrières ont pu être accélérées. L'argument selon lequel "mon laboratoire est sérieux et sans ces financements il n'aurait pas pu..." ne peut suffire à s'immuniser contre le fait d'être manipulé. La notoriété acquise préalablement non plus.
- Les études financées sont-elles toutes suspectes ? Non. "*Financer des laboratoires prestigieux est très utile aux avocats de l'industrie : lorsqu'on fait valoir qu'ils subventionnent de la science biaisée, ils ont toujours plusieurs noms à mettre en avant pour démentir, dont plusieurs Prix Nobel...*" Les fonds alloués pour la recherche "*aident l'industrie à convaincre les décideurs et le public qu'elle a des projets de recherche légitimes en cours (...), et que le jury est toujours en train de délibérer sur la « controverse*". Ils peuvent permettre de "*s'acheter de la respectabilité*".

Tout cela est donc sorti des "*tobacco documents*". La presse nous avait déjà alertés, en particulier au moment de la sortie aux USA du livre de Robert Proctor intitulé "*Golden Holocaust*"²⁰. On n'est sans doute pas au bout de ce que cette immense bibliothèque d'archives va nous apprendre. Elle est d'ailleurs toujours en cours de constitution.

Bien sûr, dans les pays développés, on a aussi fait des progrès. En France, on est loin du plan Marshall et le temps où l'Etat français et sa Seita²¹ donnaient des cigarettes à tous ses militaires et rendait ainsi la plupart des jeunes garçons "addicts" s'éloigne lui aussi. Mais la lutte contre le tabagisme n'est pas terminée. Les dégâts sont encore immenses et parfois ils s'étendent, en particulier chez les jeunes filles et les jeunes femmes. Les pays pauvres sont maintenant la cible privilégiée des cigarettiers. On estime que le tabac tue plus de 5 millions de personnes par an. On prévoit, si rien ne change, un milliard de morts pour le siècle qui commence. La lutte contre le tabac est une priorité de santé publique et aussi de la lutte contre le cancer, c'est peu de le dire. On mesure aussi le chemin qu'il reste à faire.

La suite d'articles évoquée cette semaine dépasse le seul cadre du tabac pour nous alerter sur les voies et moyens de la corruption et des conflits d'intérêts qui nous guettent parfois, si nous n'y prenons garde. Sans faire d'amalgame, ils sont utiles aussi de ce point de vue. Il ne suffit pas de se dire vigilants. Il faut aussi se former sur ces sujets. Ces articles et ces publications nous y aident.

Familles hospitalisées et McDonald

La 3^e édition des **Journées européennes de l'obésité** était donc organisée cette semaine en France par le Collectif national des associations d'obèses (CNAO). Comme on le sait, l'obésité est un problème majeur, en France

comme dans le monde. Un problème qui prend de l'ampleur partout. Cette journée est donc très utile.

Cette semaine, nous avons aussi été alertés par la découverte que deux décès par crise cardiaque pourraient être dus aux **boissons énergisantes**.

Pourtant c'est un autre fait que nous retiendrons, en apparence mineur.

En parcourant Le Quotidien du Médecin de mardi on tombait en pages centrales sur un joli petit encart de quatre pages agréable, coloré et agrémenté de jolies frimousses, en apparence sérieux²². De quoi s'agissait-il ? De la place de la famille à l'Hôpital. Est-ce une retombée des Journées mondiales de la famille organisées à Milan par l'Eglise Catholique la semaine dernière aussi ? Non. Pour y voir clair, le mieux est sans doute de citer les titres encadrés de chacune des quatre pages de cet encart, dans l'ordre de progression selon lequel ils sont présentés :

- Enquête sur la place de la famille en milieu hospitalier : la revue de littérature scientifique réalisée par la **Fondation Ronald McDonald**
- Trois questions à l'expert (qui a coécrit la revue de littérature)
- Les maisons Ronald McDonald : ce sont eux qui en parlent le mieux
- La famille, au cœur des missions de la Fondation Ronald McDonald.



Beau programme assurément qui pousse à s'intéresser à la Fondation Ronald McDonald. Merci au Quotidien du Médecin de nous l'avoir fait connaître ou d'avoir attiré notre attention. Allons consulter le bon docteur Google. 7.030 références sur Google en français, c'est encore modeste, mais plus de 6 millions en anglais : ce doit être sérieux²³...

Allons donc voir de plus près. On trouve le site officiel de la Fondation bien caché comme une page spécifique sur le site de l'entreprise de restauration McDonald de France. Oui, les restaus MacDo, tout le monde connaît. Surtout les enfants.

On savait qu'ils avaient sponsorisé une maison à Gustave Roussy. Le site officiel nous en apprend plus. La plaquette du Quotidien aussi. En France uniquement, depuis 1994, la Fondation McDonald a distribué plus de 4 millions d'euros de subventions et de prix et les a accordés à plus de 560 associations pour des projets d'aide à l'enfance.

9 maisons ont été ouvertes dans un CLCC et 8 CHU :

- 1991 Villejuif : la Maison Ronald McDonald de Villejuif se trouve à l'adresse de l'Institut Gustave Roussy.
- 1997 Marseille : la maison McDonald de Marseille est installée depuis 1997 dans l'enceinte de La Timone
- 2001 Bordeaux : la maison est mentionnée ainsi sur le site Internet du CHU : "*Une maison des parents, située sur le groupe hospitalier Pellegrin, propose également aux familles des enfants hospitalisés des chambres et la possibilité de confectionner sur place des repas. Si vous souhaitez bénéficier de ce service, prenez contact avec le cadre de santé du service dès que vous connaissez la date d'admission.*"
- 2002 Lille : la Maison de Parents Ronald McDonald de Lille est située à proximité du CHRU de Lille
- 2004 Strasbourg : la Maison au Fond du Cœur (Fondation Ronald Mac Donald) est située sur le site de l'Hôpital de Hautepierre (en face des Urgences Enfants)
- 2005 Toulouse : la Maison Ronald McDonald de Toulouse est située en face de l'Hôpital des Enfants (côté entrée des urgences). Elle accueille les parents, ou en remplacement les proches (grands-parents) et la fratrie d'enfants en traitement au CHU de Toulouse.
- 2006 Nantes : une Maison à deux pas de l'Hôpital Mère et Enfants. Cette Maison Ronald McDonald a ouvert ses portes en janvier 2007. Première Maison construite au cœur de la ville, sur 5 étages, elle permet d'accueillir 20 familles d'enfants hospitalisés dans les services de soins du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes.
- 2007 Limoges : à proximité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Face à l'Hôpital du Cluzeau - Association "La Maison des Sourires"
- 2012 Grenoble : la maison est située au cœur du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

On apprend aussi sur le site officiel²⁴ que "*créée en 1994 sous l'égide de la Fondation de France par les restaurants McDonald's, la Fondation Ronald McDonald agit pour le bien-être des enfants et de leur famille.*"

Son action prioritaire est la construction et la gestion de Maisons de Parents Ronald McDonald.

Ces Maisons permettent aux enfants hospitalisés d'être entourés de leurs proches. Les enfants conservent ainsi un équilibre affectif déterminant pour la qualité de leur guérison.

La Fondation Ronald McDonald finance également des projets d'aide à l'enfance menés par des associations à but non lucratif et sélectionnés parmi plusieurs centaines de dossiers.

La Fondation est gérée par un Comité Exécutif multidisciplinaire (franchisés McDonald's et experts du monde de l'enfance). Les restaurants McDonald's sont les principaux donateurs de la Fondation Ronald McDonald. Ils élisent leurs représentants au sein du comité exécutif.

Composé de 16 membres, il décide de l'attribution des subventions aux projets d'aide à l'enfance et à la parentalité et aussi du développement des programmes d'accueil des familles d'enfants hospitalisés."

"Chaque année au mois de novembre et à l'occasion de l'opération Act BIG MAC, l'ensemble des restaurants McDonald's se mobilisent pour faire vivre les 9 Maisons Ronald McDonald.

Durant 3 jours, pour chaque Big Mac vendu à son prix habituel, tous les restaurants reversent 1 € au profit des Maisons Ronald McDonald."

"Les durées d'hospitalisation se réduisent de plus en plus, c'est pourquoi la Fondation Ronald McDonald se mobilise pour mettre en place prochainement des Parenthèses Ronald McDonald. Les Parenthèses sont des espaces d'accueil de jour offrant aux familles un havre de paix et un moment de convivialité pour attendre le temps d'un examen, des résultats d'analyse ou encore faire une pause lors de la visite d'un enfant. Ces structures, plus légères que les Maisons Ronald McDonald sont aménagées au sein même de l'hôpital."

"Afin de poursuivre sa vocation d'agir pour le bien-être des enfants et de leur famille, la Fondation Ronald McDonald a souhaité, en créant le programme "Familles au Cœur", récompenser et encourager les initiatives exemplaires qui visent à aider les parents à être parents pour l'épanouissement de leurs enfants." "Toutes les actions soutenues visent à renforcer les liens entre les enfants et leurs parents dans de nombreux domaines : aide pédagogique, médiation familiale, loisirs et handicap."

Revenons à la plaquette du Quotidien du Médecin. Au milieu, un encadré fait cette suggestion : *"Pour en savoir plus et échanger avec les acteurs de la Fondation Ronald McDonald, rencontrez-nous lors des congrès médicaux : Société française de pédiatrie (SFP) à Bordeaux du 6 au 9 juin 2012 ; Congrès de médecine générale France (CMGF) à Nice du 21 au 23 juin 2012 ; AFPA (sans doute le congrès de l'Association française de pédiatrie ambulatoire...) à Strasbourg du 22 au 24 juin 2012"*.

Bref tout semble aller pour le meilleur des mondes dans cette collaboration entre monde médical et chaîne de restauration. Surtout n'ayez pas mauvais esprit. Ne pensez pas "mal bouffé", ce n'est pas le sujet, ce n'est pas non plus la priorité pour ces familles. Ne pensez pas non plus à Patrick Le Lay, PDG de TF1, qui avait le courage en 2004 de dire tout haut ce qu'il pensait tout bas : que son métier consistait à vendre "du temps de cerveau humain disponible". *"Il faut que le cerveau du téléspectateur soit disponible. Nos émissions ont pour vocation (...) de le divertir, de le détendre pour le préparer entre deux messages."* *"A la base, le métier de TF1, c'est d'aider Coca-Cola, par exemple, à vendre son produit"²⁵. Ne pensez pas à mal. On n'en est pas là. Ce serait trop, même si on retrouve le même Coca-Cola. On se contente ici d'aider de pauvres familles qui en ont bien besoin et on s'appuie pour cela sur un parte-*

naire généreux. C'est tout. Bien sûr... On y fait du bon boulot. Consultez donc les nombreux témoignages des familles, du personnel soignant, des médecins !

Mais cet insert agit quand même comme un clin d'œil. Pour l'instant il n'y a que des CLCC et des CHU. La notoriété des cliniques n'est sans doute pas suffisante pour McDo. Mais si par hasard il tentait l'aventure avec le privé, espérons que celui-ci saura mieux résister, même si l'ARS ne l'a pas encore autorisé à faire de "*l'éducation thérapeutique du patient*", même s'il est précisé dans le CPOM que la nutrition ne fait pas partie du sujet "*éducation thérapeutique*" ! Bien sûr, bien sûr, il ne faut pas tout confondre ! Il y a des rapprochements qu'il ne faut sans doute pas faire. Nutrition, obésité, cancer, c'est sans doute un autre sujet.

En tous les cas, la lecture de ce petit inséré dans un journal "médical" avait quand même un goût étrange, au moment des Journées européennes de l'obésité et après la lecture des articles sur les actions des cigarettiers sur le corps médical... Vous ne trouvez pas ? Sans vous couper l'appétit pour autant, pensez-y lors de votre prochaine dégustation d'un Big Mac au mois de novembre prochain : votre restaurant reversera 1 € au profit des Maisons Ronald McDonald... pour le bien des enfants.

Innovation dans les hôpitaux indiens

Le **Docteur Devi Prasad Shetty** fait la une des médias, d'Antenne 2 au Monde²⁶ en passant par The Economist, par exemple. Le Dr Shetty est indien, il est l'ancien docteur de mère Térésa. Surtout, il serait l'inventeur de "*l'hôpital des temps modernes*". Dit comme cela, ce n'est pas forcément flatteur. Quand on apprend qu'il est à la tête d'un groupe d'hôpitaux privés à la croissance soutenue et qui fonctionne bien, cela devient plus intéressant. Quand enfin on découvre que le succès international de ce qu'il fait est dû à sa manière d'articuler le social, la productivité, et la qualité dans ses hôpitaux on comprend qu'il faut y prêter attention.

"Cet inventeur de l'hôpital à bas coût propose des opérations à cœur ouvert à 2.000 dollars en moyenne, contre au moins 20.000 dollars aux Etats-Unis et en Europe. Les 14 hôpitaux du groupe Narayana Hrudayalaya, présents dans 11 villes indiennes, réalisent à près de 12 % des opérations du cœur pratiquées dans ce pays de plus d'un milliard d'habitants" nous dit Le Monde. *"Son groupe a réalisé 250 millions de dollars de chiffre d'affaires avec des niveaux de profit à faire pâlir d'envie les hôpitaux américains."* Les chirurgiens sont spécialisés car *"plus un chirurgien pratique d'opérations, meilleur il est"*. La délégation de tâche et la télé-médecine sont poussées au maximum. Pour l'instant, l'outil c'est Skype, mais *"les diagnostics assistés par ordinateur vont s'imposer dans les cinq ans"*, affirme Devi Shetty. Installé à Bangalore, on peut le croire, tant l'environnement informatique est dynamique. Il dit opérer des économies d'échelle. On grille d'envie d'en savoir plus. *"Le groupe prévoit d'investir en tout 830 millions d'euros dans la construction de 100 hôpitaux à*

bas coût en Inde et de 3 « villes médicales », d'une capacité totale de 30.000 lits." Il a su créer une assurance-santé à bas coût elle aussi (15 centimes d'euros par mois). Elle qui couvre déjà 3,5 millions de villageois.

On le sait, en matière de développement, les inventions viennent souvent des pays "en avance". Par contre les innovations viennent souvent des pays qui sont à la jointure de deux systèmes. Il n'y a pas de raison que cela ne soit pas vrai aussi en médecine. Les pays "émergents" vont innover, ils commencent à le faire tant dans l'organisation de leurs systèmes de santé que dans l'organisation des hôpitaux. *"Les entreprises japonaises ont réinventé la manière de fabriquer des voitures. C'est ce que nous allons faire avec la santé. Le domaine de la santé a besoin non pas d'une innovation dans ses produits, mais dans son processus"*, explique le Dr Shetty dans une interview citée par le Wall Street Journal. Les Anglais ne s'y trompent pas. The Economist lui a décerné en 2011 le prix de l'innovation, pour son action destinée à réduire les coûts de la santé en utilisant des techniques de production de masse. Les Américains ne s'y trompent pas. *"Son hôpital fait partie des études de cas enseignées à la prestigieuse Harvard Business School. Le docteur Devi Shetty sauve les vies par le management"* nous dit Le Monde qui lui consacre 4 colonnes à la une et une pleine page sous sa rubrique "décryptage". Chez nous, le management des hôpitaux ne fait toujours pas partie des études de médecine. Dommage, mais raison de plus pour se renseigner et suivre ces expériences.

-
- ¹ Bertolt Brecht, dramaturge, auteur de cette pièce de théâtre : *La résistible ascension d'Arturo Ui*, écrite en 1941
- ² Jean de La Fontaine - *Le Lion et le Rat* - Livre II - Fable 11 dont la morale est : "*Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage.*"
- ³ En fait la Journée mondiale sans tabac a eu lieu jeudi dernier 31 mai. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que d'ici 2020, le tabac sera la principale cause de décès et d'incapacité, avec plus de 10 millions de victimes par an. Le tabagisme entrainera alors plus de décès à travers le monde que le Sida, la tuberculose, la mortalité maternelle, les accidents de voiture, les suicides et les homicides combinés...
- ⁴ Journées européennes de l'obésité les 8 et 9 juin 2012
- ⁵ ASCO : American society of clinical oncology - Le site du Congrès est : <http://chicago2012.asco.org/>
- ⁶ Cf. entre autres APM - Cancer : une nouvelle immunothérapie prometteuse dirigée contre PD-1 - sl/hm/APM - HMPF4006 04/06/2012 11:16 CANCER-HEMATO et les deux études publiées en ligne le 2 juin 2012 par le le New England Journal of Medicine
Ces articles sont téléchargeables sur : <http://www.nejm.org/search?q=bms>
- Topalian S.L., Hodi F.S., Brahmer J.R., et al. - *Safety, Activity, and Immune Correlates of Anti-PD-1 Antibody in Cancer* - 10.1056/NEJMoa1200690. - June 2, 2012
- Brahmer J.R., Tykodi S.S., Chow L.Q.M., et al. - *Safety and Activity of Anti-PD-L1 Antibody in Patients with Advanced Cancer* - 10.1056/NEJMoa1200694 - June 2, 2012
- ⁷ Institut national du cancer (INCa) et Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) - *Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011* - Collection Études & expertises - Juin 2012
Cf. mail UNHPC 12/370 du vendredi 8 juin 2012
- ⁸ "*Les résultats que nous avons trouvés sont proches des recommandations qui ont pu être formulées dans d'autres pays.*" p. 91
- ⁹ Exemples.
Pour le sein : "*Le délai d'accès au diagnostic est plus élevé pour les femmes dont la première prise en charge thérapeutique a eu lieu en centre hospitalier hors CHU ou en établissement privé.*" p. 27

Pour le poumon : "Une tendance à l'augmentation du délai d'accès à la proposition thérapeutique pour les personnes prises en charge dans le privé par rapport à celles prises en charge en CHU." p. 74

Pour ceux qui veulent situer les points les plus saillants et avoir un guide de lecture, la série de tableaux récapitulatifs imprimée sur fond gris et intitulée "Les faits marquants" est bien utile.

¹⁰ p. 91

¹¹ p. 90

¹² p. 90

¹³ p. 91

¹⁴ p. 89

¹⁵ Cf. en particulier les deux articles de Stéphane Foucart et David Leloup - *Guerre secrète du tabac : la "French connection"* - Le Monde, supplément Science & techno du 26 mai 2012 et *Guerre secrète du tabac : des recherches sous influence* - Le Monde, supplément Science & techno du 2 juin 2012

Cf. aussi mail UNHPC 12/363 : du lundi 4 juin 2012

¹⁶ INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale - Revue de presse du lundi 4 juin.

Cf. : <http://dircom.inserm.fr/synthesedepresse/2012/06/lundi-4-juin.html>

¹⁷ "Repères" le Monde du 26 mai 2012 : "La dernière grande étude sur le sujet, publiée en 2011 dans *The Lancet*, indique qu'au niveau mondial, le tabagisme passif provoquerait, chaque année, environ 379.000 décès par ischémie cardiaque (défaut d'irrigation du cœur), 165.000 par infections respiratoires, 36.900 par l'asthme et 21.400 par cancer du poumon. Au total, le tabagisme passif serait ainsi responsable de quelque 603.000 morts par an dans le monde." Concernant la France, le Monde cite Catherine Hill de Gustave-Roussy, dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Son estimation basse est à plus de 1.000 non-fumeurs morts en 2002.

¹⁸ Quelque 13 millions de documents, soit plus de 70 millions de pages, ont, à ce jour, été numérisés et sont accessibles sur un site hébergé par l'université de Californie à San Francisco, grâce à des fonds de l'American Legacy Foundation - laquelle bénéficie, par décision de justice, d'une dotation des cigarettiers pour maintenir et enrichir la Legacy Tobacco Documents Library (LTDL).

Cf. le site officiel de la LTDL : <http://legacy.library.ucsf.edu>

¹⁹ ETS : environmental tobacco smoke - fumée ambiante du tabac

²⁰ Pour aller plus loin cf. : Robert N. Proctor - *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition* - University of California Press ; 1st edition (February 28, 2012) 752 pages - ISBN-10: 0520270169 - ISBN-13: 978-0520270169 - Stéphane Foucart avait fait une très longue et intéressante présentation de ce livre dans Le Monde du 25 février dernier sous le titre "*Les conspirateurs du tabac*" - Culture et idées, p. 4 et 5 (cf. mail UNHPC 12/119 du 27 février 2012). "*Si vous souhaitez rester convaincu que l'on fume parce que c'est agréable et que c'est ainsi, tournez la page. Vous avez tout à perdre à lire ce qui suit. Mais peut-être avez-vous envie de savoir pourquoi les gens fument et pourquoi il leur est aussi difficile de s'arrêter. De savoir pourquoi autant d'entre eux devraient en mourir. Et de comprendre pourquoi tout cela nous semble aussi normal. Pour cela, il faut entrer dans la salle des machines de la plus vaste entreprise d'ingénierie du consentement jamais menée à bien. C'est un endroit compliqué. C'est un enchevêtrement d'hommes et d'institutions devenus les rouages d'une subtile mécanique, capable d'infiltrer la culture et la science, de subvertir la médecine et de corrompre en masse. Et, pour vous guider dans ce dédale, Robert Proctor est la personne qu'il vous faut.*"

Cf. aussi une présentation vidéo sur le 20 h d'Antenne 2 : http://www.dailymotion.com/video/xp5bpi_robert-proctor-presente-son-livre-golden-holocaust-france2_news

Cf. aussi : La conspiration du tabac, un film de Nadia Collot - Office National du Film du Canada et Antenne 2 : http://www.dailymotion.com/video/x513hf_tdc-la-conspiration-du-tabac1-6_news

Et : Naomi Oreskes, Erik M. M. Conway - *Merchants of Doubt: How a Handful of Scientists Obscured the Truth on Issues from Tobacco Smoke to Global Warming* - Bloomsbury Press; Reprint edition (May 24, 2011) - 368 pages - ISBN-10: 1608193942, ISBN-13: 978-1608193943

Sans oublier les deux rapports français récents que nous avons évoqués dans notre chronique 12/10 du lundi 12 mars 2012 :

- Yves Bur - *Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac* - Rapport au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Février 2012 - Remis le 2 mars 2012 à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, et à Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la Santé - 57 pages - <http://www.sante.gouv.fr/remise-du-rapport-de-yves-bur.html> "*Je sais pouvoir compter sur des propositions volontaristes, innovantes et prenant en compte les expériences étrangères réussies, les preuves scientifiques et les lignes directrices établies par la Conférence des Parties de la CCLAT. C'est à ces seules conditions que nous pourrions mettre un terme à ce fléau social.*" écrivait Xavier Bertrand dans sa lettre de mission datée du 7 septembre 2011.

- Haut Conseil de la santé publique - *Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France* - 25 janvier 2012 - 10 pages "*Par cet avis et pour faire suite à l'avis déjà formulé le 22 septembre 2010, le Haut Conseil de la santé publique souhaite souligner l'importance et préciser la mise en œuvre de l'un des outils les plus efficaces pour lutter contre le tabagisme, à savoir la taxation des produits du tabac.*"

Haut Conseil de la santé publique - *Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme* - 22 septembre 2010 - 9 pages "*Par cet avis, le Haut Conseil de la santé publique souhaite rappeler l'importance d'une action soutenue et réactualisée en matière de lutte contre le tabagisme, actif et passif.*"

Cf. : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=5&menu=09>

²¹ La Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes, anciennement service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes, surtout connue sous son acronyme Seita, était l'entreprise publique française du secteur du tabac. Elle a disposé du monopole de la culture de tabac en France jusqu'en 1970, ainsi que de la fabrication et de la vente de tabac et d'allumettes jusqu'en 1976.

²² Le Quotidien du Médecin n° 9136 du mardi 5 juin 2012, pages centrales

²³ Le site américain nous précise :

"*RMHC (Ronald McDonald House Charities) makes an immediate, positive impact on children's lives through our global network of Chapters in 57 countries and regions and through our three core programs: Ronald McDonald House, Ronald McDonald Family Room and Ronald McDonald Care Mobile*" (RMHC (Ronald McDonald House Charities) cherche à avoir un impact immédiat et positif sur la vie des enfants grâce à notre réseau mondial de Chapters dans 57 pays et régions et à travers nos trois programmes de base : les Maisons Ronald McDonald, les "Ronald McDonald Family Room" et les "Ronald McDonald Care Mobile")

"*We award grants to other nonprofit organizations that align with our mission to positively impact the health and well being of children*" (nous accordons des subventions à d'autres organismes sans but lucratif qui souscrivent à notre mission qui consiste à influencer positivement sur la santé et le bien-être des enfants)

"*We are also committed to education. Local Chapters award thousands of scholarships each year through RMHC U.S. Scholarships to students entering college across the United States*" (nous nous engageons aussi sur le terrain de l'éducation. Nos "Chapters" attribuent chaque année des bourses d'études à des étudiants qui entrent à l'Université).

Cf. : <http://rmhc.org/who-we-are/mission-and-vision/>

On y apprend aussi qu'il y a un partenariat avec Coca Cola "*second corporate donor*" (second donateur institutionnel), "*key sponsor for many RMHC events*" (sponsor clé pour beaucoup d'événements RMHC) : "*When Coca-Cola first learned about the Ronald McDo-*

nald House program, back in 1974, they saw that the kind of refreshment they offered and the millions of icy cold Coke 'aaaaaahhhs' they've produced over the years, could be the perfect complement to the comfort and hope found within the walls of the House." (dès 1974, Coca Cola a pensé qu'il pouvait être le meilleur complément au confort et à l'espoir que les enfants trouvent dans les murs de nos maisons).

Cf. : <http://rmhc.org/what-we-do/ronald-mcdonald-house/stories-1/our-kind-of-refreshment/>

Il y est précisé que : "We are a non-profit 501(c)(3) corporation, but McDonald's is our largest corporate donor." (Nous sommes une société à but non lucratif, mais McDonald est notre principal donateur)

A la page "RMHC and the Medical Community" on peut lire en introduction : "To help improve the health and well being of children around the world, we rely on strong partnerships with the medical community." (Pour aider à améliorer la santé et le bien-être des enfants partout dans le monde, nous nous appuyons sur des partenariats solides avec la communauté médicale).

Au chapitre "Grants" (subventions) :

"We not only try to improve the health and well being of children directly through our programs, but we also work with non-profit organizations around the world that are making an immediate, positive impact on children who need it most. Grants to these organizations extend the reach and impact of RMHC and move donation dollars quickly through to areas in their time of need" (nous n'essayons pas seulement d'améliorer directement la santé et le bien-être des enfants grâce à nos programmes, nous travaillons également avec des organisations à but non lucratif qui, à travers le monde, ont un impact immédiat et positif sur les enfants qui en ont le plus besoin. Avec ces subventions nous étendons la portée et l'impact de l'OMRM et faisons rapidement passer l'argent des dons là où il le faut et quand on en a besoin).

Cf. : <http://rmhc.org/what-we-do/grants/>

²⁴ Cf. : <http://www.mcdonalds.fr/entreprise/fondation-ronald/fondation>

²⁵ "Il y a beaucoup de façons de parler de la télévision. Mais dans une perspective "business", soyons réaliste : à la base, le métier de TF1, c'est d'aider Coca-Cola, par exemple, à vendre son produit (...). Or pour qu'un message publicitaire soit perçu, il faut que le cerveau du téléspectateur soit disponible. Nos émissions ont pour vocation de le rendre disponible : c'est-à-dire de le divertir, de le détendre pour le préparer entre deux messages. Ce que nous vendons à Coca-Cola, c'est du temps de cerveau humain disponible (...). Rien n'est plus difficile que d'obtenir cette disponibilité. C'est là que se trouve le changement permanent. Il faut chercher en permanence les programmes qui marchent, suivre les modes, surfer sur les tendances, dans un contexte où l'information s'accélère, se multiplie et se banalise."

Dépêche AFP du 9 juillet 04

²⁶ Julien Bouissou - *Le bon Dr Shetty, premier chirurgien low cost - En Inde, il opère comme on assemble des voitures. Un succès mondial* - Le Monde du 6 juin 2012, pages 1 et 16 : "A l'hôpital des temps modernes - En Inde, le docteur Devi Shetty applique le fordisme aux opérations cardiaques dans sa clinique de Bangalore. Une méthode qui démocratise l'accès aux soins, grâce à une considérable réduction des coûts, et qui pourrait bien être adoptée dans d'autres pays"

Infographie Le Monde du 5-6-2012 : *En Inde, dans l'hôpital du Dr Shetty*

http://abonnes.lemonde.fr/planete/infographie/2012/06/05/en-inde-dans-l-hopital-du-dr-shetty_1712926_3244.html

ou : <http://actualite-israel.com/en-inde-dans-l-hopital-du-dr-shetty-246131/>

Mais aussi : http://en.wikipedia.org/wiki/Devi_Shetty

ou : "Devi Shetty, le chirurgien indien qui a révolutionné le système de santé" : <http://www.wikistrike.com/article-devi-shetty-le-chirurgien-indien-qui-a-revolutionne-le-systeme-de-sante-106601827.html>

Hospi-Diag - Le Point - L'accès à l'information

**"Le ministère
considère que
l'information
doit être accessible, tant pour
les décideurs que pour les usagers
du système de santé."**

Date de parution : lundi 18 juin 2012

Mots types : Ph. Malye - Ph. Houdart - ANAP - Ch. Anastasy - G. Bontemps

Parmi les événements de la semaine, nous retiendrons le dossier paru dans **Le Point** daté du jeudi 14 juin dernier¹ en rubrique "*Economie*", sous le titre "*Le scandale des Hôpitaux*". Ce dossier marque une date. Il faut donc s'y arrêter pour en rappeler la genèse tout autant que pour en résumer le contenu.

Les auteurs

Quels en sont les auteurs ? François Malye et Jérôme Vincent. Ils sont connus pour la qualité de leurs initiatives. Dès 1997, avec Philippe Houdart ils avaient osé exploiter les bases PMSI² et publier les résultats de leurs travaux dans la revue *Science et Avenir*³. Jérôme Vincent en était le rédacteur en chef. Le succès est immédiat. La vente en kiosque de *Sciences et Avenir* passe d'environ 50.000 à plus de 300.000 exemplaires. La méthodologie est contestée alors qu'ils ne font que puiser dans les bases de données officielles. Le magazine doit faire face à 200 droits de réponse et 12 poursuites pour diffamation. Ceux qui sont médecins sont traînés devant le Conseil de l'Ordre. Chaque année ils poursuivent leur travail de publication. Les ventes ne font que croître mais les auteurs le payent très cher. De façon classique on cherche à tuer les messagers lorsque les nouvelles qu'ils portent déplaisent. Ils sont finalement licenciés pour "*faute grave privative d'indemnité*" par le groupe de presse de Claude Perdriel (le *Nouvel Observateur*, *Challenge* et *Sciences et Avenir*).⁴ Courageusement ils continuent au *Figaro Magazine*. Puis ils passent au *Point*. Les tirages restent très forts à chacune de leurs publications. Ils restent sur les mêmes principes, mais actualisent leurs données chaque année. Ce combat est digne d'éloges, de respect et d'admiration⁵. Fin des années 90, début des années 2000, l'UNHPC faisait partie de ceux qui cherchaient à les aider. La mise au point d'un numéro spécial "cancer" avait même été envisagée. Antoine Saris, ancien Président de l'UNHPC, y avait un temps travaillé avec eux.

Pour autant ces journalistes d'investigation ne se contentent pas de publier des données objectives. Ils ne font pas mystère de leurs opinions, parfois tranchées et s'ils sont avant tout des journalistes d'investigation, ils sont aussi des journalistes d'opinion.

Ils ont, par exemple, toujours refusé de publier dans un même numéro des classements communs entre établissements publics et privés. Lorsqu'on parlait de ce sujet la réponse était toujours la même : "*faire deux numéros nous fait vendre plus d'exemplaires*". Soit. Mais l'argument ne convainc pas. Présenter les établissements publics et privés sur le même classement ne posait aucune difficulté compte tenu du fait que leurs classements puisaient à la même source, le PMSI. Dans ce contexte, il était facile de faire paraître deux numéros en scindant médecine et chirurgie, ou même en scindant les activités de chirurgie... La raison est donc clairement idéologique. Ces journalistes ne le cachent pas, ils préfèrent le public au privé. C'est leur droit, mais leurs options idéologiques entachent parfois leur objectivité. Dommage.

De la même façon, lors de la création de la certification, ils ne faisaient pas mystère du fait qu'ils ne croyaient absolument pas en la capacité des professionnels à évaluer la qualité des soins. Le pari institutionnel de l'ANAES⁶ et de son Collège était exactement le contraire. Ils avaient prévenu de leur intention de faire un numéro sur un hôpital qu'ils savaient "mauvais" et qui aurait bénéficié de la protection de ses pairs lors de l'accréditation (devenue "certification" avec la HAS⁷). Ce projet maintes fois réaffirmé n'a jamais vu le jour. A quelques jours de distances ils avaient classé le CHU⁸ de Montpellier numéro un de leur classement annuel et le Collège de l'ANAES avait publié son rapport, avec quelques difficultés il est vrai, mais en maintenant plusieurs de ses appréciations pour le moins réservées. Ce rapport n'aurait jamais permis au CHU de Montpellier d'apparaître en tête des hôpitaux français ces années là. Les pairs s'étaient montrés plus lucides et plus critiques que les journalistes d'investigation ! Le "numéro spécial" n'est donc jamais paru. Tant mieux. Pour autant ils n'ont pas fait de numéro spécial sur les points saillants des rapports d'accréditation en termes de qualité ou de non-qualité. On sait par ailleurs ce qu'il advint de l'ANAES...

Les sources

A part une citation extraite d'un rapport de la Cour des Comptes et quelques interviews, les données présentées dans ce dossier sont toutes extraites d'Hospi-Diag⁹. Nous avons souvent attiré l'attention ici sur Hospi-Diag et sur l'importance de ce dossier comme des discussions qu'il suscitait au sein des administrations¹⁰. Sa longue histoire est intéressante. Elle démarre dans le privé. C'est une fois de plus l'UHP¹¹ qui prend l'initiative. Elle crée un groupe de travail qui veut constituer une base de données à partir des données disponibles sur les établissements de santé. Ce travail dure des années.

Certaines initiatives avortent. Le secteur ne dispose toujours pas d'un Plan comptable professionnel de branche par exemple. A l'époque la FIEHP¹² n'en voyait hélas pas l'utilité. De même nous n'avons pas de procédure unifiée de consolidation de nos comptes alors même que l'activité de la quasi-totalité des cliniques repose sur plusieurs sociétés. L'Etat, par la DGOS¹³, préfère rester critique et suspicieux sans prendre, avec la profession, les moyens d'y voir clair. C'est à peine croyable, mais les choses n'ont pas changé.

Certaines initiatives évoluent en dehors de leurs initiateurs. Ainsi, les premiers travaux sur les indicateurs ont été initiés par un projet UHP pour lequel Alain Coulomb avait su trouver des subsides auprès d'Yves Matillon¹⁴ à l'ANAES. C'est sur ce projet qu'Etienne Minvielle et Catherine Grenier ont démarré leurs travaux sur les indicateurs, avant d'en devenir les références incontournables. Que de progrès depuis !... Même si la profusion actuelle est entachée de la confusion entre indicateurs de gestion interne aux établissements, indicateurs de santé publique, indicateurs d'évaluation des politiques de santé publique, indicateurs outils de certification... La priorité est aujourd'hui de sortir de cette confusion préjudiciable à tous, mais nous partions de rien ou presque.

Certaines initiatives se développent mais émigrent vers d'autres institutions. C'est le cas du projet de base de données des informations officielles disponibles. Les avancées du dossier doivent beaucoup aux talents de personnalités comme Patrick Giordani qui anime les groupes de travail ou Yvon Rojouan qui leur apporte sa très grande expertise. Les discussions autour de ce projet font que, lorsque l'UHP perd de son tonus, une équipe de la CNAM¹⁵, qui en avait connaissance, reprend le projet.

En fait, au début, la CNAM veut un "Observatoire des cliniques privées" afin de se donner des arguments dans les négociations encore tripartites¹⁶ sur l'OQN¹⁷. Elle part de STEFIE¹⁸ qui agrège des données économiques et des données issues du PMSI. En 1999 le tripartisme trépassé. Le travail sur STEFIE continue mais il n'intéresse plus grand monde. La même équipe cherche en même temps à développer un "Observatoire de la chirurgie". Elle le fait entre autres avec plusieurs membres de l'AFCA¹⁹, dont Guy Bazin. C'est une prolongation de la grande étude inter-régimes sur la chirurgie ambulatoire. Ces travaux permettent d'avancer considérablement sur la typologie des Etablissements. On n'a pas fait mieux depuis. De façon intelligente, l'équipe de la CNAM a fait appel, entre autres, au même expert que l'UHP, Yvon Rojouan. Avec l'accord des professionnels, le transfert s'est donc fait vite et bien. L'équipe de la CNAM a fait du bon travail et plusieurs de ses membres ont été marqués par cette expérience. Ils en font encore souvent état dans leurs responsabilités actuelles. Ce fut aussi une bonne école. Mais la CNAM, une fois de plus, ne voit pas que son avenir est lié à sa capacité de restituer les informations qu'elle détient. Elle refait la même erreur stratégique qu'avec le PMSI. Elle abandonne. Le dossier reste au placard. L'équipe se disperse.

Arrive alors la création de l'ANAP²⁰. Le responsable de l'équipe de la CNAM, le Dr Gilles Bontemps, rejoint l'ANAP et devient son directeur associé. Il n'a pas oublié son expérience. Christian Anastasy²¹ ne manque pas, lui, de sens

stratégique. Il voit aussi dans ce dossier, qu'il suffit de reprendre, une occasion unique de poser son institution. L'ANAP se met donc à l'ouvrage en profitant des expériences passées.

A ses débuts l'ANAP hérite de Diag Flash²² qui est un outil constitué pour les CGES²³ afin de les aider dans leurs missions d'accompagnement des Établissements publics en difficulté. C'est un outil exclusivement budgétaire et économique. Compte tenu de l'expérience acquise, il est enrichi de données des cliniques et des éléments de performance. Hospi-Diag est né.

Les choix méthodologiques diffèrent un peu de ce qui avait été fait précédemment. Comme le dit le Point²⁴ les données sont maintenant "*rassemblées en cinq chapitres (finances, activité, ressources humaines, organisation, qualité)*" et y sont présentées selon "*68 indicateurs médico-économiques*". On peut en discuter, mais l'important c'est que cela soit enfin disponible de façon simple. L'enjeu est bien d'avoir un guichet unique d'informations officielles et donc validées sur les établissements de santé. Il est d'avoir accès à une base de données des indicateurs significatifs qui soient le support des comparaisons entre établissements, le support d'articles de presse fondés sur des réalités et une des sources facilement accessibles aux chercheurs. Bien sûr ces données ont vocation à être publiques.

Les travaux avancent. Les ennuis commencent. Passons, tant l'histoire se répète de façon triste. De nouveau la DGOS perd le sens du service public pour se cabrer sur des positions vieillottes et contre productives de défense des "hôpitaux" et donc de "secret". Elle est encouragée dans l'ombre par la CADA²⁵ qui joue un jeu subtil. Consultée de façon informelle elle donne son feu vert pour rendre accessibles les données de l'hôpital public, au grand dam de la DGOS qui ne veut pas ouvrir à tous les données financières des hôpitaux publics. Par contre elle suggère la prudence concernant les données privées compte tenu de sa jurisprudence qui protège le secret industriel et commercial (sur tout sauf les données sur la qualité). Une aubaine pour la DGOS. Tout est bloqué. L'ANAP doit confier tous ses traitements à l'ATIH²⁶. Le dossier peut s'en trouver complexifié et ralenti. Les fédérations ne brillent pas par leur activisme. Finalement, les Etablissements n'ont accès qu'à leurs propres données. Du coup ils ne se précipitent pas pour les consulter... C'est là qu'intervient l'équipe du Point. Une fois de plus ils ne s'en laissent pas compter. A l'ANAP, le "Comité de pilotage" prend finalement une décision sage mais courageuse : il décide de leur donner les données. En fait la CADA se juge légitime sur "l'accessibilité", mais elle n'a pas d'avis sur la "diffusion". Le Comité de pilotage s'engouffre dans ces subtilités. Le Point obtient donc la base. Dans son dossier il dit l'avoir obtenue "*de haute lutte auprès de l'Agence nationale d'appui à la performance après une saisine et un avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs.*"²⁷ Ce n'est pas faux, mais il faut noter ici l'évolution de la FHF²⁸. C'est elle qui a permis à la position de la DGOS d'évoluer vers l'ouverture. Grâce à l'équipe du Point et à l'action de quelques fonctionnaires courageux, les choses sont donc maintenant pratiquement gagnées. Du moins veut-on le croire. Un "Comité de pilotage" doit se réunir

cette semaine pour décider de l'ouverture au public des données retraitées d'Hospi-Diag de l'ANAP. On n'imagine pas qu'ils sursoient encore.

Notons que les journalistes du Point ont eu l'intégralité des données Hospi-Diag, données brutes et données retraitées.

L'Éducation Nationale nous a montré depuis longtemps tout l'intérêt de traiter les données de façon homogènes pour tous les établissements afin d'éviter les biais d'interprétation. Nous ne nous inspirons pas suffisamment de l'extraordinaire expérience de l'Education Nationale. Un jour pourtant on verra bien l'intérêt de redresser les résultats en termes de mortalité dans les établissements de santé comme on "redresse" les résultats du bac pour les rendre significatifs pour le citoyen et pour en faire des leviers d'amélioration des pratiques... au lieu de dire et de redire que "*nous ne traitons pas les mêmes malades !*" Il y a bien sûr des progrès à faire, mais Hospi-Diag est, en soi, un immense progrès.

A ce stade, on ne peut donc que se réjouir de l'action de l'équipe de journalistes du Point. Grâce à eux nous allons avoir un accès très simplifié à des données certes présumées "publiques", mais en fait, pour nombre d'entre elles, très difficiles d'accès. Cela vaut coup de chapeau et remerciements. C'est en cela que nous disions en introduction que ce dossier du Point fera date.

Quels enseignements ?

Alors que peut-on dire du contenu du dossier ?

Le mieux est sans doute de citer sa conclusion centrée, comme presque tout le dossier, sur les hôpitaux publics qui vont mal :

"Pour certains, depuis de longues années, dans tous ces domaines, les indicateurs sont au rouge, mais la situation s'est brutalement aggravée avec l'introduction de la tarification à l'activité en 2004, employée dans la plupart des pays occidentaux. Jusqu'à cette date, tous les établissements percevaient une dotation globale, c'est-à-dire la même enveloppe financière chaque année, quelle que soit leur activité. Un système qui n'encourageait guère les moins vertueux à changer. Mais, avec ce nouveau mode de financement, affectant à chaque pathologie ou intervention un tarif donné, nombre d'hôpitaux se sont retrouvés confrontés à leur situation réelle.

Pourtant, le couperet n'est pas tombé brutalement. Des coefficients correcteurs pour adoucir ce douloureux changement de culture aux enveloppes financières versées en raison des missions spécifiques de l'hôpital, la transition aurait pu se faire sans trop de dégâts. Mais voilà, bon nombre d'établissements ont cru que jamais l'hôpital public n'aurait de comptes à rendre. Et tout a continué comme avant : gaspillages, faible productivité, comptes mensongers, absence de prise en compte de la concurrence du privé, généreuses politiques salariales pour acheter la paix sociale. Tout le monde savait pourtant que beaucoup, maintenus à bout de bras sous la pression des élus locaux, car ils sont dans la plupart des villes le premier employeur local, n'avaient plus

qu'une activité confidentielle. Pour ne rien arranger, l'Etat, avec le plan Hôpital 2007, a lancé les hôpitaux dans des investissements indispensables mais qu'il n'avait plus les moyens de financer. Il a alors ouvert grand la porte des banques aux établissements, qui sont entrés dans la spirale de l'endettement.

Que faire ? D'abord sortir de cet autisme politique et dire la vérité aux Français : les résultats sanitaires de la France sont moyens au regard des autres pays comparables et il y a trop d'hôpitaux. Ce n'est pas l'argent qui manque ni les compétences, mais l'absence de mutualisation de leurs moyens et l'analyse de leurs résultats. C'est à ce seul prix qu'ils pourront mieux soigner, et pour un coût acceptable."²⁹

Il n'y a rien là que de très banal pour les professionnels que nous sommes. Par contre, le fait que la grande presse s'empare de ces données pour arriver à ces conclusions est nouveau. Cela fera sans doute bouger les politiques.

On peut rajouter quelques considérations générales.

On reconnaît tout d'abord quelques constantes de l'équipe du Point.

- Ils sont persuadés que le PMSI apporte quelque chose d'indispensable au système de santé. Ils le redisent ici dans le paragraphe que nous venons de citer. Dans la période actuelle c'est important de le souligner.
- Ils gardent une focale partisane sur le privé. C'est un peu facile de dire "*c'est pourtant vrai*"³⁰ en soulignant que nous ne soignons pas les mêmes patients. Ils oublient de dire que 92 % des patients ne sont pas "lourds" et donc que 92 % sont les mêmes. Ils oublient de dire que si les cliniques ne sont pas sur certains créneaux, c'est souvent qu'on leur refuse les autorisations nécessaires. Ils oublient de faire la critique qu'ils connaissent sûrement concernant les "*niveaux de sévérité*" qui recouvrent plus des durées de séjour qu'une vraie lourdeur de cas. Ils oublient de citer les études de l'ATIH concernant la faible activité des cas "*lourds*" dans les CHU. En retirant des enseignements faux ou insuffisants des pourcentages qu'ils affichent, ils se prêtent à la critique car ils ne tirent pas les mêmes conclusions (heureusement d'ailleurs !) concernant les CLCC³¹ qui, dans leur encadré, ne font que 1,4 % des cas lourds face à des cliniques qui en font quand même 5,6 % ! Ils prétendent, concernant ces "*cas lourds*" : "*C'est malheureusement la seule information exploitable d'Hospi-Diag concernant les établissements privés, la qualité du recueil des données auprès d'elles étant, à ce jour, encore assez médiocre*", ce qui fera sourire tous les spécialistes. Bref ils ne sont pas sérieux sur ce sujet.
- Ils font de la non-restructuration dans les hôpitaux publics un combat permanent. On peut le comprendre, en particulier lorsqu'ils insistent sur la sécurité. On peut aussi regretter cette instrumentalisation d'Hospi-Diag pour la seule dénonciation des hôpitaux qui ne marchent pas lors du premier article qui en est tiré. Du coup la FHF "*déplore l'utilisation d'un titre racoleur, ainsi que les contrevérités qui servent un procès à charge bien éloigné de la réalité, alors que les hôpitaux publics sont chaque jour plébiscités par*

les Français. Elle condamne fermement les partis pris, ainsi que l'opération consistant à brocarder l'hôpital public en dénonçant sa prétendue inefficacité et en faisant mine de révéler des scandales."³² Il faut bien qu'elle rassure la partie conservatrice et corporatiste de ses troupes.

Pourtant, les problèmes que le Point soulève sont de vrais problèmes. Les illustrations concrètes qu'il en donne sont de vraies et bonnes illustrations.

Le risque c'est que le lecteur du Point ne comprenne plus rien. Il y a aussi des hôpitaux qui marchent bien. Il y a aussi beaucoup de cliniques en déficit. La dette est un problème très grave et les dégâts du plan d'investissement "Hôpital 2007" sont considérables. Mais il n'y a pas que la dette et la dette "en soi" ne veut pas dire grand-chose. Plus graves sont les carences de gestion, le carcan bureaucratique et la confusion des politiques qui instrumentalisent l'hôpital pour stabiliser l'emploi et l'investissement sur leur circonscription plutôt que le laisser se consacrer à la santé de leurs administrés.

Mais le fait que cet article soit le premier tiré d'Hospi-Diag et qu'il se consacre presque exclusivement à dénoncer "*le scandale des hôpitaux*" peut aussi, de façon imprévisible, générer des réactions contradictoires.

- Cet article peut aussi apparaître comme une attaque tous azimuts qui peut se retourner contre Hospi-Diag. Or il ne faut pas risquer de rejeter le bébé avec l'eau du bain. La FHF, qui a eu au final une attitude courageuse et clairvoyante en acceptant la diffusion d'Hospi-Diag, risque de se cabrer. De ce fait, la DGOS aussi. Le communiqué vengeur de la FHF en souligne le risque³³. La guerre public-privé est relancée pour le malheur de tous. Si elle joue le rôle de bouc émissaire transitoire oublions. Sinon c'est aussi grave que stupide. Retenons donc dans son communiqué des phrases comme "*la FHF rappelle tout d'abord sa volonté de transparence totale sur les comptes des hôpitaux, se félicitant des progrès enregistrés à l'initiative des établissements de santé en matière de comparaison des dépenses comme des pratiques médicales.*" Ou alors "*la FHF souligne que l'indicateur Hospi-Diag permet en effet d'utiles comparaisons, à condition qu'il soit un outil de dialogue intelligent avec les acteurs de terrain et non l'occasion d'une stigmatisation absurde.*" Pour le reste leur communiqué vengeur tombera vite dans l'oubli pourvu que l'outil Hospi-Diag reste vivant et disponible.
- On peut par ailleurs s'étonner du passage suivant : "*la FHF demande aux autorités ministérielles de donner à l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) l'indépendance nécessaire pour permettre une interprétation partagée et objective de ces données, à l'instar de ce que réalise l'INSEE*"³⁴. On comprend son côté positif : l'ANAP est utile et il faut la sauvegarder. Bon et sans doute utile message. Par contre on attendrait d'une fédération patronale qu'elle demande une participation aux travaux permettant de déboucher sur une "*interprétation partagée et objective de ces données*"... Et ce d'autant plus que personne ne sait, à la lecture du dossier, comment a été élaborée la carte des "*100 blocs opératoires dans la ligne de mire*". Certes la carte est correcte. La FHF en avait d'ailleurs courageuse-

ment fait de semblables, en plus sévères encore, il y a quelques années lorsqu'on travaillait encore sur les décrets relatifs au nouveau dispositif d'autorisation en chirurgie. Mais le fait que l'équipe du Point ait fait un indice composite à partir des trois ICR³⁵ (bloc, chirurgiens, anesthésistes) sans que nous sachions comment, selon quelles pondérations, n'est pas très bon. Cela illustre ce que nous signalions plus haut concernant l'expérience de l'Education Nationale : il serait vraiment utile de se mettre d'accord sur l'élaboration d'indices clairement définis et dont on est sûr de la signification. Cette expérience montre que lorsque ces indices composites sont bien faits, la presse n'en crée pas d'autres.

- En attendant le Point a donné l'occasion à notre nouvelle Ministre de faire très rapidement un communiqué selon lequel :

"Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, avec le soutien technique de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), travaille depuis plusieurs mois en étroite collaboration avec les fédérations hospitalières pour définir des indicateurs fiables sur la situation des hôpitaux.

Ce travail commence à donner ses premiers résultats, que Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, décide de mettre à disposition du public, dans un souci de transparence.

Le ministère considère que l'information doit être accessible, tant pour les décideurs que pour les usagers du système de santé. Pour être un véritable moteur d'amélioration, cette information doit être pertinente et compréhensible. C'est dans ce sens que se poursuit le travail avec les fédérations hospitalières.

Il sera ainsi possible pour chaque usager, et dès la rentrée 2012, d'accéder à un tableau de bord représentatif de la situation des hôpitaux. Celui-ci marque une étape décisive dans la transparence des informations, laquelle participe à l'amélioration de la qualité et de l'égalité d'accès aux soins."³⁶

Ce n'est qu'un communiqué, mais quand même !

Oui, vraiment, les équipes de l'ANAP ont fait du bon travail. Oui, vraiment, le travail de l'équipe du Point nous aura été utile à tous, même s'il y a des critiques justifiées au contenu de leur article. Il y aura un avant et un après. Nous venons de franchir une étape importante dans l'histoire de l'information sur notre système de santé hospitalier. Pour autant, le combat continue. Il y a encore beaucoup à faire, mais petit à petit on dispose d'une information vraie et significative. Il faut souhaiter que le Comité de Pilotage reste cohérent et, cette semaine, ouvre à tous l'accès à Hospi-Diag. Au fait, à quand le PMSI descriptif en radiothérapie, Madame la Ministre ?

Longue vie à Hospi-Diag !

-
- ¹ François Malye et Jérôme Vincent - *Economie - Le scandale des Hôpitaux* - Le Point n° 2074 du jeudi 14 juin 2012
1 article : Le Point révèle un audit interdit p. 86 ;
3 illustrations : Opération sauvetage à Nancy p. 90 ; La facture des absurdités p. 92 ; La dangereuse fuite en avant des hôpitaux du Midi p. 94 ;
1 opinion : Jean de Kervasdoué : "On ne soigne pas mieux parce qu'on dépense plus" p. 99
5 tableaux :
 - Les cas difficiles plus souvent pris en charge à l'hôpital public p. 88
 - Les 100 hôpitaux les plus endettés p. 91
 - L'hôpital français soigne mieux le cancer que ses voisins européens, moins bien l'AVC p. 92
 - Les recordmen des charges administratives p. 98
 - Personnel : les 50 hôpitaux les plus dépensiers p. 98**1 carte** : Les 100 blocs opératoires dans la ligne de mire
- ² PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ³ C'est en octobre 1997 que Sciences et Avenir a publié un premier palmarès établi à partir des taux de mortalité brute dans les services chirurgicaux des centres hospitaliers universitaires.
- ⁴ "*Le tribunal des prud'hommes leur donnera raison et a condamné le mensuel à leur verser des indemnités "pour licenciements sans cause réelle et sérieuse" : 175 675 F pour Jérôme Vincent, 140 794 F pour François Malye et 40 726 F pour Philippe Houdart.*"
 Cf. : Sonya Faure - *Sciences et Avenir à l'amende* - Libération du 15 septembre 2000
<http://www.liberation.fr/medias/0101346607-sciences-et-avenir-a-l-amende>
- ⁵ Malgré ces difficultés chacun a poursuivi sa carrière de journaliste. Individuellement ou collectivement ils sont les auteurs de nombreux ouvrages. Cf. par exemple François Malye, Philippe Houdart et Jérôme Vincent - "*Le livre noir des hôpitaux*" - Editions Calmann-Lévy, paru en 2005. En 2005, François Malye a participé à la création du Forum permanent des sociétés de journalistes, regroupant les sociétés de rédacteurs d'une trentaine de médias français, pour veiller au respect des règles déontologiques. Il en est devenu le président, succédant au journaliste du Monde Jean-Michel Dumay.
- ⁶ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ⁷ HAS : Haute autorité de santé
- ⁸ CHU : Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ⁹ Cf. : <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag/>
- ¹⁰ Cf. par exemple nos chroniques 2010/26 du lundi 28 juin 2010 ; 2010/29 du lundi 19 juillet 2010 ; 2011/30 du lundi 1er août 2011 ; 2011/34 du lundi 29 août 2011 ; 2011/39 du lundi 3 octobre 2011 ; 2011/43 du lundi 31 octobre 2011 ; 2011/46 du lundi 21 novembre 2011 ; 2012/28 du lundi 27 février 2012
- ¹¹ UHP : Union hospitalière privée. Devenue FHP en 2001, par fusion avec la FIEHP
- ¹² FIEHP : Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée. Devenue FHP en 2001, par fusion avec l'UHP
- ¹³ DGOS : Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ¹⁴ Yves Matillon était Directeur de l'ANAES
- ¹⁵ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- ¹⁶ A l'époque les tarifs étaient négociés dans le cadre de l'OQN (objectif quantifié national), entre l'Etat, les Caisses et les Fédérations. Depuis, la DGOS les fixe de façon souveraine, dans le cadre de l'ONDAM et des directives des Cabinets des Ministres.
- ¹⁷ OQN : Objectif quantifié national
- ¹⁸ STEFIE : Situation économique et financière des établissements de santé privés : logiciel

- d'aide à l'analyse médico-économique et financière des cliniques privées
- ¹⁹ AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire
- ²⁰ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, créée en 2009
- ²¹ Christian Anastasy est directeur de l'ANAP depuis sa création
- ²² Cf. par exemple la brochure ATIH "*Diagnostic Flash hospitalier Bases de comparaison*", téléchargeable sur <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000240008CFE>
- ²³ CGES : Conseiller général des établissements de santé
- ²⁴ "*Hospidiag est l'agrégation des 12 bases de données existantes sur l'hôpital et les cliniques. Créée en 2010 par l'Agence nationale d'appui à la performance, mise en place dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), elle a pour but d'aider les établissements de santé à améliorer le service rendu aux patients* ». Cinq chapitres (finances, activité, ressources humaines, organisation, qualité) y sont divisés en 68 indicateurs médico-économiques." p. 86
- ²⁵ CADA : Commission d'accès aux documents administratifs
- ²⁶ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ²⁷ p. 86
- ²⁸ FHF : Fédération hospitalière de France
- ²⁹ p. 88
- ³⁰ "*Hospidiag permet aussi de régler un vieux débat, devenu un lourd contentieux au fil des ans entre établissements publics et privés : « Il est choquant de dire que les cliniques privées ne prennent pas en charge les mêmes patients et n'effectuent pas les mêmes missions que les hôpitaux publics », déclarait à nouveau, le 23 mai, Lamine Gharbi, président du syndicat MCO de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO), en réaction au premier discours de la ministre de la Santé, Marisol Touraine, arrêtant le processus de convergence tarifaire entre hôpitaux et cliniques. C'est pourtant vrai : sur 1,2 million de patients les plus graves hospitalisés en 2010, seulement 16 % l'ont été dans des cliniques (voir encadré).*" p. 86-87
- ³¹ CLCC : Centre de lutte contre le cancer
- ³² FHF - *Situation financière des hôpitaux : non aux partis pris et aux contrevérités* - Communiqué - 15-6-2012
- Cf. aussi la lettre du Président Valletoux à M. François Xavier Selleret et à M. Philippe Ritter datée du 13 avril 2012 où la FHF "*alerte les pouvoirs publics contre toute dérive consistant à utiliser Hospidiag comme outil de comparaison, voire comme base d'un palmarès, cette approche réductrice ne pouvant conduire qu'à la démotivation des personnels hospitaliers*". Et si c'était le contraire Monsieur Valletoux ? Comme quoi les débats traversent aussi la FHF...
- Ces deux documents sont téléchargeables sur <http://www.fhf.fr/content/search?SearchText=hospidiag&SubTreeArray=7722&x=0&y=0>
- ³³ "*Elle déplore l'utilisation d'un titre racoleur, ainsi que les contrevérités qui servent un procès à charge bien éloigné de la réalité, alors que les hôpitaux publics sont chaque jour plébiscités par les Français. Elle condamne fermement les partis pris, ainsi que l'opération consistant à brocarder l'hôpital public en dénonçant sa prétendue inefficacité et en faisant mine de révéler des scandales. [...]*
- Sur les arguments avancés dans le dossier, la FHF déclare solennellement qu'ils sont contraires à la vérité : ... [...]*
- Les hôpitaux publics méritent mieux que les interprétations douteuses et les attaques sans fondement.*"
- ³⁴ INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- ³⁵ ICR : Indice de coût relatif
- ³⁶ Ministère des Affaires sociales et de la santé - Communiqué de presse - *La Ministre des Affaires sociales et de la Santé renforce la transparence sur la situation des hôpitaux* - Paris, le 13 juin 2012

L'INCa et la situation de la radiothérapie

**"L'information
doit être accessible,
tant pour
les décideurs
que pour les usagers
du système de santé"**

Date de parution : lundi 25 juin 2012

Mots types : Rapport - F. X. Selleret - M. Touraine - PMSI descriptif - Information

Incroyable, stupéfiant et inadmissible ! Que peut-on dire d'autre à la lecture du rapport de l'INCa¹ paru cette semaine sous le titre "**Situation de la radiothérapie en 2011**"². Nous finissons notre dernière chronique par un appel "**Au fait, à quand le PMSI descriptif en radiothérapie, Madame la Ministre ?**"³. L'actualité de cette semaine nous montre que nous sommes loin du compte.

De quoi s'agit-il ? L'INCa nous dit, dans ce rapport, faire le point de la "*situation*". Le plan du rapport le confirme puisqu'il nous est proposé de faire le point successivement sur "*les centres*", "*les équipements*", "*l'activité*", "*les personnels*", "*les financements dédiés*"... A priori, parfait.

Comme chacun le sait, ici, en radiothérapie, la médecine libérale prend en charge un patient sur deux. Du moins on le savait grâce à une enquête nationale "*Inter régimes*"⁴ qui date... de 1999 ! Depuis, à part quelques enquêtes régionales dues à des initiatives d'ARH⁵ ou d'ARS⁶ sérieuses... rien.

Nous avons souvent eu l'occasion de le dénoncer. Il faut hélas le redire. Trois Plans Cancer successifs⁷, la création d'un Institut national du cancer successivement "*maison commune des professionnels, des patients et des chercheurs*" puis Agence d'Etat, des accidents majeurs comme ceux d'Epinal et de Toulouse, deux "*Feuilles de route*"⁸ n'auront pas suffi. L'Etat est et veut rester telle l'autruche, la tête dans le sable, pour ne pas savoir ce que fait le privé.

Inconséquence, incompetence, incurie, racisme, faute professionnelle, conflit d'intérêt, corruption... chacun choisira le triste qualificatif le plus approprié...

Et pourtant : rien de bien nouveau, hélas, avec ce rapport. Pourquoi, alors, s'offusquer une fois encore ?

D'abord bien sûr, parce qu'on ne s'habitue pas au scandale.

Ensuite parce que l'INCa a changé de présidence et de direction. On ne pouvait s'empêcher de croire un peu au changement.

Enfin, pour la raison que ce rapport est transparent sur le sujet de la radiothérapie libérale, au sens où il n'en dit rien. Il annonce bien quelques chiffres sur "*la proportion des centres entre secteurs privé et public*" et puis plus rien. Soit il donne des chiffres globaux et on a envie d'en savoir plus, selon le statut des acteurs (CHU⁹ - CH¹⁰ - CLCC¹¹ - ESPIC¹² - Cabinets - Libéraux en établissement, HIA¹³...), soit il annonce carrément la couleur : les données ne concernent que la radiothérapie "*hors secteur libéral*". De fait le secteur qui prend en charge un patient sur deux est totalement transparent, au sens d'invisible, il n'existe pas, on n'a rien à dire sur lui. On n'a tellement rien à dire qu'on s'abstient même de le dire. Si vous pensez que, compte tenu de ses responsabilités, l'INCa devrait s'offusquer du manque d'information, exposer ce qu'il a fait pour en trouver quand même, dire où sont les blocages, suggérer des solutions pour en sortir... vous vous trompez. Rien, le vide, le silence, comme si même le sujet n'existait pas !

Quelle conception minable du service public ! Quel refus de responsabilité ! Quelle irresponsabilité dans la gestion des fonds publics ! Quelle inconséquence dans la gestion du risque (au double sens que cela a chez nous¹⁴) !

Car enfin, il ne s'agit pas d'un "détail" qu'on aurait oublié, il s'agit de 50 % d'une activité qui concerne plus de 170.000 patients chaque année, près d'un malade sur deux parmi les nouveaux malades du cancer, d'une activité qui a défrayé la chronique et qui risque de le faire à nouveau en septembre avec le début du procès d'Epinal...

On peut le dire ici, parler vrai et sans prudence : cette chronique est destinée à des professionnels qui savent. On ne peut le dire aussi crûment à l'extérieur. C'est tellement énorme qu'un citoyen bien disposé, au mieux, ne pourrait le croire, au pire se retournerait contre le "messenger" pour exorciser l'impensable.

15-20 ans que ça dure ! Que faire ? Continuons donc dans ce qu'on peut dire ici et que beaucoup disent à l'intérieur du système, y compris parmi les fonctionnaires qui prennent leurs responsabilités au sérieux : il faudra hélas un mort bien médiatisé dans un centre libéral pour qu'enfin, les "politiques" se retournent et sur un ton offusqué et moralisateur, nous annoncent que devant un pareil scandale, ils vont "obliger", dès demain, les centres de radiothérapie libéraux à déclarer ce qu'ils font. L'expérience prouve depuis 15 ans que l'Etat, malgré toutes nos demandes, malgré le bon sens, pensant sans doute protéger quelque intérêt mystérieux, contre vents et marées, contre tous ses engagements multiples et réitérés, préfère finalement ne pas savoir qui fait quoi et où en matière de radiothérapie. Il faudrait pour cela un système d'informations uniforme, obligatoire, systématique et contrôlé : le PMSI, au moins le PMSI descriptif, même s'il n'est pas "tarifant". L'Etat, ou au moins son administration, n'en veut pas. Alors, que faire ? Attendre ? Attendre encore jusqu'à ce qu'un accident survienne ? Non bien sûr, il faut continuer à se battre.

Aujourd'hui, compte tenu de la sortie de ce rapport, posons-nous quand même la question. Où en est-on ?

Nous avons fait de petits progrès :

- l'Etat, grâce à l'INCa, est en principe maintenant capable de dire qui il a autorisé. Ce fut une conquête, rude et longue. Mais on y est arrivé : pour qui sait la trouver, il y a une page spécifique sur le site Internet de l'INCa¹⁵. Sa mise à jour est un peu poussive, il n'y a pas de téléchargement possible et il n'y a pas de retour d'informations sur l'évaluation du respect des critères d'autorisation. C'est pourquoi nous avons fait notre application pour smartphones¹⁶ avec ce dont nous disposons : l'activité constatée en regard des seuils. Mais là aussi, la radiothérapie fait exception puisque personne n'a rien concernant l'activité libérale constatée lors de la visite de conformité... mais les utilisateurs de notre application ne peuvent pas échapper à l'explication de cette carence.
- ce rapport existe et il apporte quand même des informations précieuses (démographie, dosimétrie in vivo, logiciels de double calcul, les statistiques globales, quelques données de comparaisons internationales et quelques ventilations régionales, des données sur le secteur public, des prises en charge dans le secteur public pour des indications non validées par la HAS, en nombre significatif¹⁷...).

Il faut néanmoins décrire quelques-unes des limites du rapport comme de la "situation" de l'information sur la radiothérapie :

- on est en pleine contradiction puisque le début du préambule du rapport précise : *"Ce troisième rapport présente une analyse par l'INCa de la situation de la radiothérapie en France en 2011, ainsi que ses principales évolutions depuis 2007. Il vise à porter un éclairage sur cette discipline et est destiné à l'ensemble des acteurs de la radiothérapie (professionnels et institutionnels), des patients et de leurs proches."*¹⁸ Le rapport *"vise à présenter la réalité de l'offre de soins, et à en analyser les évolutions attendues en termes d'activité et de traitements de malades, d'équipements, d'indications thérapeutiques, de coût"*. Or, l'éclairage est partiel puisque, sauf exception, il ne concerne que la moitié de l'activité. Ne pas le dire d'entrée de jeu est trompeur. Pour un rapport officiel, c'est grave.
- l'information est d'accès complexe : il y a ce troisième rapport, mais l'introduction nous rappelle qu'il y aura en 2012, le rapport du Comité national de suivi de la radiothérapie instauré par la dernière *"Feuille de route"* qui faisait suite à Epinal. Il y a aussi le rapport à venir de l'Observatoire. Trois rapports différents émanant du même INCa, sur le même sujet, c'est beaucoup et c'est un peu complexe...
- il ne faut pas jouer à se faire peur, mais la mention *"l'ensemble de ce dispositif a été coordonné au sein du comité national de suivi de la radiothérapie dont la mission s'est achevée début 2012"*¹⁹ peut sembler un peu courte

alors qu'il a fallu que nous écrivions au Ministre pour avoir confirmation qu'un nouveau dispositif permettrait à tous les acteurs de continuer à se réunir pour échanger régulièrement ensemble sur l'état des lieux et les actions de chacun en matière de radiothérapie²⁰... et que le Ministre a changé...

- nous l'avons dit, la radiothérapie libérale n'est toujours pas soumise à PMSI²¹ descriptif, malgré de nombreux engagements solennels. Le plus significatif reste bien sûr la mesure n° 1 du Plan Cancer 2003-2007 du président Chirac²². Le rapport précise gentiment dans un encadré²³ : "*Le secteur privé libéral n'est pas inclus dans l'analyse, car l'activité de radiothérapie réalisée dans ce secteur n'est pas soumise au recueil PMSI*", comme s'il s'agissait du rappel d'une donnée de la nature... mais s'il en est ainsi, à quoi sert donc l'INCa ?...
- quant à la qualification juridique "*d'établissement de santé*", si souvent promise, si "évidente", on ne sait plus qu'en penser. Bien sûr, en cas d'accident, elle sera immédiatement prononcée par le Juge. Il ne fera pas dans le détail. Pour lui le droit est le droit. Il ne sera pas comme à la DGOS où le droit s'applique trop souvent selon les affinités. Lorsque les personnes en charge du dossier le connaissaient et agissaient dans le cadre des engagements pris au plus haut niveau, bordées par une haute idée de leurs responsabilités de service public, on ne pouvait que se réjouir de l'application de ce qui était aussi une de nos revendications. Mais maintenant, toutes ces personnes ont disparu. Tomber complètement dans la dépendance de la DGOS, se mettre sous la dépendance de quelqu'un qui joue un jeu partisan, est-ce bien raisonnable ? Bien sûr que non. Voilà pourquoi nous avons, nous aussi, laissé un peu tomber ce dossier pourtant évident en "droit", mais devenu potentiellement dangereux pour nous dans les faits. Mieux vaut rester à la CNAM. Pas très brillant peut-être. Mais peut-on avoir confiance ? Il semble que non, ce rapport nous le montre une fois encore.
- nous sommes un cas spécifique où les données d'activité, d'équipements, de compétences ne remontent pas de façon officielle et contrôlée. On se souvient de cette scène stupéfiante et surréaliste où la ministre en personne, Roselyne Bachelot-Narquin, dans un discours prononcé devant toute la profession lors du congrès de la SFRO²⁴, félicitait chaudement les professionnels d'avoir répondu nombreux à leur propre enquête, celle de l'Observatoire au lieu de s'étonner, ou de tonner tout simplement, contre ses services qui se permettaient de ne pas savoir qui ils avaient autorisé, de qui se composaient les équipes de radiothérapie et de quels matériels ils se servaient ! On en est toujours aux données de l'Observatoire, qui proviennent des déclarations faites par une majorité de professionnels aimables qui acceptent de suppléer ainsi aux carences de l'Etat. Quelle honte !... pour l'Etat.
- nous sommes un secteur parmi les plus significatifs des dégâts causés par la lutte de pouvoir constante entre la DGOS et l'UNCAM²⁵, chacun gardant jalousement ses données pour lui.

- ce rapport donne des informations précieuses, nous l'avons dit, mais jamais il ne distingue selon les statuts. Alors qu'il pourrait être un bon outil pour la compréhension et l'action, il reste de ce point de vue extrêmement médiocre.
- concernant l'activité des centres, les seuls chiffres par secteurs fournis par le rapport sont les chiffres concernant le nombre de patients traités par radiothérapie en 2010. Mais il faut faire confiance. Peut-être l'INCa a-t-il eu accès au SNIRAM²⁶, à d'autres bases de données de la CNAM²⁷ ? Si c'est le cas c'est une bonne nouvelle. On ne nous dit rien de la méthodologie employée. On ne sait rien non plus concernant l'utilisation ou pas du "chaînage" des patients présents dans les bases PMSI. Les interprétations sont très limitées, par manque d'information : on a donc des appréciations du genre "*ce décalage peut être lié à...*"²⁸. C'est mieux que rien, mais c'est pauvre...
- quelques coquilles nuisent à la lecture. Ainsi sur le graphique de répartition des prises en charge annoncé comme ne concernant que les établissements publics et Espic, on voit apparaître les cabinets libéraux comme réalisant 28,7 % des prises en charge²⁹. Il s'agit en fait des CH. Les cabinets libéraux sont bien absents, comme nous en étions prévenus, mais la coquille oblige à chercher. Beaucoup de lecteurs non avertis croiront ce qui est écrit : les cabinets libéraux prennent en charge 28,7 % des malades...
- aucune mention de la CCAM³⁰. Elle reste pour l'INCa, au sens propre *terra incognita*...
- des éléments intéressants concernant les financements dédiés dans les établissements publics et les CLCC³¹. 18,7 millions d'euros de MIGAC³², ça en fera rêver certains...
- le bouquet c'est la conclusion. Elle résume les points forts du rapport. Elle lui est fidèle... sauf qu'à la lecture on ne distingue pas ce qui concerne toute la radiothérapie ou ce qui n'en concerne que la moitié. On peut supposer que la répartition par organe n'est pas très différente entre le public et le privé, par exemple, mais faut-il encore le dire... surtout en ces temps où beaucoup aiment à dire que nous ne soignons pas les mêmes malades ! On frise la malhonnêteté.
Précisons ici qu'on est bien dans le choix politique long et souvent confirmé de l'INCa. Les auteurs du rapport ne sont pas mis en cause à titre personnel. Nous les connaissons et les fréquentons suffisamment au sein de la "Mission radiothérapie" pour attester de leur compétence et de leur intégrité. Simplement ils traduisent les orientations de leur institution... et celle-ci ne change pas.
- les mêmes considérations sont à apporter au communiqué de presse de l'INCa relatif à la parution de ce rapport. Là où il faudrait distinguer, citer les limites, on parle de la radiothérapie en général, comme d'un tout, même dans les paragraphes qui n'en concernent que la moitié.

Du coup le secteur libéral ne fait l'objet d'aucune considération spécifique dans les "*recommandations principales*". Il est vraiment "transparent" : vous n'arriverez pas à le distinguer. Si vous ne savez pas qu'il existe, vous ne l'apprendrez pas. Il a pourtant quelques spécificités et même quelques faiblesses qui auraient mérité quelques constats et même quelques "*recommandations*"...

Alors, comme depuis 15 ans, puissions dans l'actualité, osons encore croire que les dernières déclarations, les derniers engagements officiels nous concernent nous les "invisibles"...

Il en est ainsi de François-Xavier Selleret qui dirige la DGOS et qui a récemment présenté sa direction comme étant "*maison des professionnels de santé*". Il n'a pas fait d'exclusion. Il dit aussi dans une interview cette semaine que "*la DGOS, conformément aux engagements du président de la République et de la ministre, doit écouter, être à la manœuvre, établir un pacte de confiance entre l'ensemble des professionnels de santé, notamment dans la relation entre les établissements et leur tutelle au sens large. Nous devons engager une méthode de dialogue réciproque. Il nous faut échanger régulièrement, pouvoir faire le point avec apaisement et sérénité.*"³³ Là non plus il ne fait apparemment pas d'exclusion...

Il en est ainsi de la Ministre qui a voulu que le Ministère réagisse très vite lors de la publication la semaine dernière du dossier du Point tiré d'Hospi-Diag. "*Le ministère considère que l'information doit être accessible, tant pour les décideurs que pour les usagers du système de santé. Pour être un véritable moteur d'amélioration, cette information doit être pertinente et compréhensible. C'est dans ce sens que se poursuit le travail avec les fédérations hospitalières.*

Il sera ainsi possible pour chaque usager, et dès la rentrée 2012, d'accéder à un tableau de bord représentatif de la situation des hôpitaux. Celui-ci marque une étape décisive dans la transparence des informations, laquelle participe à l'amélioration de la qualité et de l'égalité d'accès aux soins."³⁴ Alors, faut-il dessaisir l'INCa, constater l'incapacité de la DGOS et confier le dossier de l'information relative à la radiothérapie à un nouvel acteur ?, à l'ANAP ? Faut-il lui redire que nous sommes à sa disposition et que nous prenons ses engagements au sérieux, nous ?

Car, en effet, "*l'information doit être accessible, tant pour les décideurs que pour les usagers du système de santé*". La Ministre vient de le dire. Ne désespérons donc pas... Fatigués, nous le sommes, mais continuons à nous battre. Un jour, n'en doutons pas, le bon sens l'emportera, nécessité fera loi...

¹ INCa : Institut national du cancer

² Cf. mail UNHPC 12/386 du jeudi 21 juin 2012 ou : <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360-les-soins/7046-linca-publie-un-rapport-sur-la-situation-de-la-radiotherapie-en-2011>

³ Cf. : Chronique de l'UNHPC 12/224 du lundi 18 juin 2012 : *Hospi-Diag, le Point, l'accès à l'information*

⁴ UNCAM : Enquête nationale inter-régimes - *Radiothérapie externe 1999* - parue en 2001

⁵ ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

⁶ ARS : Agence régionale de santé, depuis 2010

⁷ Jospin, Chirac, Sarkozy

- ⁸ Feuille de route des mesures nationales pour la Radiothérapie - Mesures nationales pour la Radiothérapie - Point au 12 novembre 2007 - Publié le 28 novembre 2007 - Mise à jour avec les données recueillies lors de la réunion organisée par le Cabinet le 14-3-2008
Cf. mail UNHPC 2008/78 du dimanche 23 mars 2008
- ⁹ CHU : Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ¹⁰ CH : Centre hospitalier
- ¹¹ CLCC : Centre de lutte contre le cancer
- ¹² ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
- ¹³ HIA : Hôpital d'instruction des armées
- ¹⁴ Lorsqu'on parle de gestion du risque, le citoyen comprend la maîtrise du risque potentiel de l'utilisation d'équipements potentiellement dangereux, l'administration comprend la gestion du risque assurantiel, autrement dit la gestion du financement du système de soins, de l'enveloppe de l'ONDAM.
- ¹⁵ Cf. : <http://www.e-cancer.fr/soins/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie/carte-interactive-des-etablissements-traitant-le-cancer>
- ¹⁶ "Cancer, établissements autorisés : cliniques, hôpitaux, radiothérapie", disponible gratuitement sur iPhone, iPad, iPod.
Cf. : <http://itunes.apple.com/fr/app/cancer-etablissements-autorises/id463154481?mt=8>
- ¹⁷ p. 33, s'agissant de la RCMI : "Parmi les séances de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, 53,5 % des prises en charge concernent des indications validées par la Haute Autorité de santé (HAS). Plus d'un quart des séances (28,1 %) concernent des localisations pour lesquelles les indications n'ont pas encore validées. Pour les autres prises en charge (18,4 %), la localisation n'est pas renseignée ou le codage de la pathologie ne permet pas d'identifier la localisation tumorale."
- ¹⁸ p. 3
- ¹⁹ p. 3
- ²⁰ Docteur François Rocher Président du SNRO (Syndicat national des radiothérapeutes-oncologues), Docteur Bernard Couderc, Président de l'UNHPC - Lettre à Monsieur Xavier Bertrand datée du 27 mars 2012 et "Note blanche sur le Comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie" en pièce jointe. Réponse du Ministre datée du 6 avril 2012.
Cf. le dossier circularisé par mail UNHPC 12/254 du mercredi 11 avril 2012. Ce dossier reprenait aussi la réponse par mail de la Présidente de l'INCa, Madame Agnès Buzyn, en date du 28 mars 2012.
- ²¹ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ²² Plan Cancer 2003-2007 : Chapitre A - Objectif n° 1 - Mesure n° 1 - Action n° 3 : "Mettre en place le codage PMSI pour la radiothérapie libérale d'ici 2005, afin d'obtenir l'exhaustivité du PMSI sur les différentes thérapeutiques du cancer".
- ²³ p. 28
- ²⁴ SFRO : Société française de radiothérapie oncologique. Novembre 2007
- ²⁵ UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie
- ²⁶ SNIRAM : Système national d'informations inter régions d'assurance maladie
- ²⁷ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- ²⁸ p. 27, concernant la conséquence éventuelle de "l'émergence de protocoles hypofractionnés"
- ²⁹ p. 30
- ³⁰ CCAM : Classification commune des actes médicaux
- ³¹ p. 43
- ³² MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- ³³ François-Xavier Selleret - "Nous allons pouvoir passer à de nouvelles relations entre DGOS et ARS" - Propos recueillis par Jean-Bernard Gervais - HOSPI MEDIA 22-6-2012
- ³⁴ Ministère des affaires sociales et de la santé - "La Ministre des Affaires sociales et de la Santé renforce la transparence sur la situation des hôpitaux" - Communiqué de presse du 13 juin 2012

Du village global à notre actualité

**Aux USA,
la réforme Obama -
Patient protection and
affordable care act -
est jugée constitutionnelle
par la Cour Suprême :
bonne nouvelle
pour la planète !**

Date de parution : lundi 2 juillet 2012

Mots types : Etats-Unis - B. Obama - Cour Suprême - ACA - A. Burstin - INCa - Indicateurs - Sécurité - HAS - CLARTE - Sport

Barack Obama a sauvé sa réforme. La Cour suprême des Etats-Unis a déclaré que l'obligation de couverture assurancielle n'était pas anticonstitutionnelle. Compte tenu du rôle et de l'influence de ce grand pays, cette décision est importante et significative pour toute la planète. Peu importent les arguties juridiques qui pourront surprendre tant elles peuvent paraître éloignées du sujet. Hormis les spécialistes, tout le monde va très vite les oublier. Le message qui sera retenu est fort. Les USA rejoignent l'Europe pour considérer que l'organisation de la solidarité envers les personnes malades ne contredit pas les libertés individuelles et constitue un progrès de civilisation. C'est donc une grande et bonne nouvelle sur laquelle il faut s'arrêter cette semaine.

Nous retiendrons aussi de cette semaine la nomination d'une nouvelle directrice à l'INCa, la parution d'un important rapport comparant l'usage sur plusieurs pays des indicateurs de sécurité des soins et la reprise de plus en plus fréquente par la grande presse de l'impératif de faire du sport pour prévenir le cancer...

Etats-Unis, Cour suprême et réforme de santé

Le monde est un village. C'est pourquoi **la décision prise ce jeudi 28 juin 2012 par la Cour suprême des Etats Unis d'Amérique** est importante¹. La Cour devait donc se prononcer sur la constitutionnalité de la "réforme Obama"². Comme le note le Figaro du jour "*la plus haute juridiction du pays, saisie par plus de la moitié des États américains, une organisation de petits entrepreneurs, quatre particuliers et le gouvernement lui-même, a déclaré conforme à la Constitution cette loi qui procure une couverture santé à 32 millions d'Américains qui en sont dépourvus.*"³ A peu près 30 millions

d'Américains supplémentaires vont donc pouvoir bénéficier d'une couverture maladie d'ici 2014.

La Cour Suprême des Etats Unis a tranché par 5 voix contre 4. Sa décision met fin, au moins provisoirement, à une bataille juridique qui a empoisonné la vie politique américaine depuis deux ans et à des dizaines d'années d'effort des Démocrates pour améliorer la couverture des Américains.

Pour le juge Roberts, l'argument décisif⁴ est le suivant : "*le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir d'obliger les gens à souscrire un contrat d'assurance-maladie*", mais "*le gouvernement fédéral a le pouvoir d'imposer une taxe sur les personnes sans assurance-maladie*" écrit-il dans la décision⁵. Ainsi donc un des aspects les plus controversés de la loi se trouve justifié. D'ici 2014 tous les Américains devront s'acheter une couverture maladie, sous peine de sanction financière. La loi est donc sauvée.

Aux USA, la décision est commentée par ceux-là même qui l'ont prise, les juges suprêmes. Cela est surprenant pour nous, mais bien intéressant, car cela rend plus directement compréhensible le cœur des débats. Le juge Roberts, président de la Cour et conservateur, a emporté la décision en votant avec les 4 démocrates. Il dit avoir voulu juger en droit et non en opportunité. Beaucoup y verront comme un coup d'arrêt à ce qu'ils considéraient être une dérive de la Cour depuis de longues années. "*Il n'est pas de notre devoir de protéger les gens contre les conséquences de leurs choix politiques.*"⁶ Par contre, pour le juge Anthony M. Kennedy, "*la loi est un affront à la liberté individuelle et aurait dû être rejeté dans son intégralité*".⁷

L'importance des enjeux, la pression des opinions et le jeu des passions ont fait perdre la tête aux plus grands médias. La tonalité critique du début de la décision énoncée leur a fait immédiatement dire que la loi était jugée anti-constitutionnelle. Ils ont dû corriger et expliquer le contraire quelques minutes après⁸. Jusqu'au bout il y aura donc eu un côté "drame national" sur cette question.

Pour autant tout n'est pas terminé. La Cour, par exemple, écorne la loi sur plusieurs points. De façon classique, ce sont les plus pauvres qui payent le plus lourd tribut à ces bagarres idéologiques et financières. 16 millions d'entre eux risquent de prendre du retard car ils vivent dans des États conservateurs et la Cour dénie le droit au gouvernement fédéral de pénaliser les Etats qui ne veulent pas participer au nouveau programme d'aide aux démunis.

La campagne électorale est relancée. Barack Obama bénéficie bien sûr de la décision. Les conservateurs sont handicapés, mais promettent, Mitt Romney en tête, d'abolir la loi s'ils remportent les Présidentielles et, quoi qu'il arrive, de se battre pied à pied sur les textes encore à venir.

On les voit mal changer le cours des choses. De nombreux Américains commencent à bénéficier de cette loi. Ils seront de plus en plus nombreux.

Le danger réel vient sans doute d'ailleurs.

Il vient de la complexité inouïe de cette loi.

Il vient aussi et surtout de son coût. Le système américain est le plus cher du monde et un des moins productifs en termes de résultats. Très habilement, pour faire passer sa loi, Barack Obama a "copié" la loi qu'avait fait passer le Républicain Mitt Romney dans son Etat du Massachusetts. Mitt Romney est maintenant son adversaire aux présidentielles et renie en fait très largement ce qu'il a lui-même fait. Mais cette loi, comme celle du Massachusetts, ne fait donc qu'étendre le système actuel. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, le système américain devrait donc continuer de voir son coût s'accroître au risque de devenir insupportable par la ponction qu'il opère sur le PIB⁹ du pays.

Les Démocrates font valoir que, parmi les 32 millions d'Américains qui vont être couverts, il y a, compte tenu de l'interdiction de la "sélection adverse"¹⁰, beaucoup de jeunes. C'est vrai, mais est-ce que cela permettra de compenser le surcoût global ? Rien n'est moins sûr. Les Etats-Unis devront donc tôt ou tard revenir sur la législation organisant leur système de santé. La question ne sera pas moins difficile pour eux, il faudra choisir entre le libre commerce des assurances santé, même encadré par des interdictions du type de celle de la "sélection adverse", et un système de mutualisation du risque par assurance sociale du type de ceux qui existent en Europe. Coût idéologique contre coût économique, le débat sera là encore très difficile et nombreux seront ceux qui seront prêts à jeter le bébé avec l'eau du bain, la couverture universelle avec une organisation du système de santé trop coûteuse. Sans compter qu'on est encore loin de la couverture universelle aux USA et que de larges fractions de la société vont encore se battre, qui pour son extension, qui pour le respect du principe de la "*liberté individuelle*" conçu comme protecteur vis-à-vis de l'Etat considéré comme naturellement dangereux, inefficace et dépensier.

La décision de la Cour Suprême est donc une décision majeure. Incontestablement il y aura un "avant" et un "après", même si les Etats Unis sont encore loin des "droits" acquis en Europe.

On sait que dans les faits les écarts ne sont pas si importants qu'on pourrait le croire. La solidarité s'exprime aussi aux Etats Unis et au total la couverture santé de l'américain moyen n'est globalement pas si éloignée de celle des Européens, les "charities" compensant souvent en grande partie ce que ne donne pas la solidarité nationale.

Mais la décision de la Cour ouvre la voie à l'extension de nouveaux droits et devoirs, ceux, pour les pouvoirs publics, d'imposer aux citoyens un minimum d'organisation et de financement de la solidarité nationale.

C'est là aussi que cette décision est majeure au niveau du "village monde". On peut dire que c'est une victoire du "soft power" européen sur le "hard power" à l'américaine. La question de fond est bien là. C'est celle de savoir ce qu'est une société civilisée ; celle de savoir de quelle façon il faut réguler la violence et de savoir quel est le rôle des Etats dans une société civilisée ; celle de savoir si, dans une société démocratique, un surcroît de civilisation oppose ou articule développement de libertés individuelles et développement des systèmes organisés de solidarité.

La défense des libertés individuelles est un impératif lié au niveau de la civilisation. Tout le monde est d'accord là-dessus.

Pour nous Européens, la question est aussi celle du niveau d'articulation avec les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité de notre devise nationale qui lie les trois. Tous les pays Européens sont fondés sur cette volonté forte d'articulation des trois principes. Nos peuples sont persuadés détenir là une des clefs pour la construction de société moins violentes, plus attentive aux laissés pour compte.

L'origine des migrants et leur histoire font que les Américains se méfient terriblement des Etats, des abus de droit qu'on peut commettre en leur nom. Et sont plus viscéralement attachés aux libertés individuelles qu'à tout autre principe.

Les Européens sont mieux placés que beaucoup pour connaître le coût et les dérives de l'étatisme, mais, pour autant, ils restent attachés au rôle de régulateurs des Etats ou des organisations collectives publiques.

On imagine les répercussions au travers du monde qu'aurait eu une décision d'inconstitutionnalité de la part des Juges Suprêmes Américains. Le fait que les Etats-Unis et l'Europe se rapprochent maintenant pour dire qu'une société développée gagne en "civilisation" si elle sait organiser et financer la solidarité de tous pour les plus démunis et en particulier pour les accidentés de la vie et ceux qui sont en mauvaise santé ou en situation de dépendance est déterminant pour l'orientation du monde.

Dans le "village monde", il est donc logique que l'Europe, par ailleurs si mal en point, se réjouisse de cette décision américaine.

Ne nous laissons pas distraire par les détails techniques qui nous choquent ou que nous savons mal partis. Au "village", le cap est maintenant plus clair pour tous. Qu'on le veuille ou non, le fait de mieux connaître le cap commun est un élément contraignant pour tous car cela tire plus ou moins tout le monde dans le même sens. Certes le chemin est encore long. La naïveté n'est pas de mise. Il est urgent de balayer aussi devant notre porte. Mais la loi du plus fort a subi une défaite. A nos yeux d'européens, la "civilisation" progresse.

Nous, professionnels de santé, qui sommes au cœur du débat et des enjeux, comment ne pas s'en réjouir, tous ?

Une directrice pour l'INCa¹¹

Le nom de la probable future directrice générale de l'INCa est connu. Il s'agit d'**Anne Burstin**, inspectrice générale à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

En application de l'article 1^{er} de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé du 29 décembre 2011, Anne Burstin va être auditionnée par les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat avant sa nomination, respectivement mercredi prochain 4 juillet et le mercredi suivant, 11 juillet. L'audition du 4 juillet est

retransmise sur le site de l'Assemblée¹². Ceux que cela intéresse et qui en ont le temps peuvent donc faire un peu connaissance avec la future directrice. Ces auditions ne donnent pas lieu à vote.

Anne Burstin, 46 ans, est diplômée de l'Institut d'études politiques de Paris (IEP, 1990) et ancienne élève de l'ENA¹³ (sortie en 1995).

IGAS, DRASS¹⁴ d'Aquitaine, DGS¹⁵, AFSSAPS¹⁶, son parcours au sein du système de santé est diversifié. A l'AFSSAPS, elle était adjointe au directeur général, elle sait donc ce qu'est la direction d'une Agence. Ayant été en poste en Province, elle connaît la réalité du terrain et la diversité des acteurs. Ayant entre autres travaillé sur un rapport "*d'analyse et de proposition sur les conditions d'accueil des mineurs étrangers isolés en France*"¹⁷ elle a certainement une idée plus réaliste qu'idéologique des "inégalités". Elle a aussi participé à un rapport sur "*les compétences santé-environnement des Agences régionales de santé*"¹⁸.

Voilà de nombreux atouts pour ses nouvelles missions.

Bienvenue donc à l'INCa. Il y a fort à faire pour mettre cette institution à la hauteur des ambitions qui ont présidé à sa création.

Sans délaisser la recherche fondamentale, il faut développer, enfin, une vraie politique d'aide, de formation, de soutien à l'inclusion dans les essais cliniques auprès des CH¹⁹ et des cliniques ;

il faut recentrer les efforts sur ce qui touche à la prise en charge concrète des patients ;

il faut trouver les moyens de plus d'équité entre les acteurs ;

il faut certainement défendre l'institution vis-à-vis de ceux qui ne la trouvent pas assez utile ;

il faut ouvrir de nouveaux chantiers, fédérer les acteurs autour de la mise au point du nouveau Plan Cancer, organiser l'articulation avec les organismes de sécurité sociale ;

il faut prendre en charge toutes les mesures des premiers Plans Cancer qui n'ont pas été mises en œuvre, en particulier pour la raison qu'elles ne coûtaient pas cher et qu'elles concernaient principalement le secteur privé libéral ;

il faut s'imposer face à la DGOS²⁰ pour que les critères d'autorisation soient respectés partout, que la question de l'oncologie médicale soit traitée autrement qu'en baissant le niveau de formation, que les réseaux soient de nouveau soutenus, aidés, financés, sérieusement évalués ;

il faut s'appuyer sur les travaux de la DGOS pour consolider et aider à l'organisation de l'anatomopathologie autrement que de façon idéologique ;

il faut organiser les réflexions nécessaires pour imaginer des coquilles juridiques, des modes de financement et un régime de responsabilités adapté pour qu'enfin de vraies coopérations puissent se développer, que des prises en

charge d'épisodes ou de parcours de soins puissent s'organiser concrètement et rationnellement ;

il faut développer et accélérer les travaux qui ont enfin débuté avec la mesure des délais de prise en charge, ou le ressenti des patients face à l'annonce de leur cancer afin de nous doter, tous, progressivement mais de façon volontariste, d'indicateurs et de méthodes d'évaluation des résultats ;

... et, pourquoi pas, faire vivre les instances autrement qu'en chambres d'enregistrement...

Arrêtons là une liste qui pourrait pourtant être prolongée. Il y a de quoi faire et la période qui s'ouvre risque de ne pas être toujours facilitatrice.

L'INCa a vraiment besoin d'une vraie Direction Générale. Les professionnels, les chercheurs, les patients comme le pays ont besoin d'un Institut à la hauteur des défis qui sont les nôtres.

Oui ! Bienvenue Madame Burstin !

Utilisation des indicateurs

Il faut signaler aussi la parution cette semaine d'un **rapport de la HAS²¹ sur les indicateurs de sécurité des soins hospitaliers²²**.

Comme le rappelle le communiqué de la HAS, le consortium CLARTE²³ a été chargé par la DGOS et par la HAS de réaliser un état des lieux des connaissances internationales relatives aux « *modalités d'utilisation et de diffusion des PSP⁴ dans les pays de l'OCDE* » et de formuler des recommandations sur les modalités de sélection, de production (à partir du PMSI²⁵) et de diffusion des résultats des indicateurs de sécurité des soins hospitaliers français.

Le rapport comprend trois parties : une revue de la littérature internationale ; une enquête par questionnaire auprès d'experts internationaux ; des recommandations.

Le rapport s'ouvre sur une citation provenant d'un rapport sur les "Clinical indicators" publié par l'ACHS²⁶, en l'occurrence celui de 2009²⁷. Nous diffusons ces remarquables rapports depuis leur apparition en 1998, il y a déjà 14 ans ! et, après l'AFCA²⁸ nous nous en étions inspirés pour proposer, en son temps (1999 !) notre manuel et notre tableau de bord "*Labellisation des réseaux en cancérologie sur la base de principes d'organisation et d'indicateurs médicaux*"²⁹, puis, en 2001, notre demande d'aide auprès du FAQSV³⁰ pour la constitution d'une base de données comparatives des organisations et des pratiques médicales en réseaux d'oncologie. Cette citation de l'ACHS est donc pour nous de bon augure.

Surtout, ce rapport montre que la réflexion sur les indicateurs progresse. Il faut en recommander la lecture. Chacun y trouvera sources de réflexions, idées à prendre, occasion de formation.

Bien sûr on peut se poser la question du maintien de l'acronyme anglais de "PSI" alors qu'on pourrait parler français et dire plus simplement comme le suggère le "Glossaire"³¹ : "*indicateurs de sécurité des patients hospitalisés*", ou, à la rigueur, "*ISPH*"... Bien sûr on peut regretter ou s'inquiéter de la polarisation sur les seuls indicateurs touchant à la sécurité des soins. On peut aussi continuer à être dubitatif devant l'immensité des travaux entrepris au sujet des indicateurs. Ils se comprennent lorsqu'on cherche à déterminer de façon non discutable un indicateur national - encore que l'expérience australienne nous montre aussi les bienfaits d'un peu de pragmatisme - ou pour s'assurer de la comparabilité d'indicateurs entre pays. Mais lorsqu'il s'agit d'indicateurs de gestion internes aux Établissements on sourit : heureusement que pour faire des tableaux de bord dans nos établissements il ne faut pas passer par cette montagne de travail... et d'hésitations ! Une fois de plus on se dit que les Tutelles feraient mieux d'avoir des politiques incitatives et de publication de résultats que d'essayer de nous apprendre notre travail... mais, justement, ce rapport va dans le bon sens. C'est ce qui fait son grand intérêt.

On peut ainsi apprécier les longs paragraphes du type "*Selon les pays, les PSI sont inclus dans différentes démarches d'amélioration de qualité et de la sécurité des soins : évaluation interne des établissements de santé ; benchmarking national, régional et local ; amélioration de la qualité du codage des informations médico-administratives des établissements de santé ; formation médicale continue ; certification des établissements ; paiement à la diffusion des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ; paiement à la performance ; diffusion publique.*"³² On se dit que petit à petit nos Tutelles vont percevoir que les indicateurs varient eux aussi en fonction de l'usage auquel ils sont destinés. On voit aussi le chemin qu'il reste à parcourir quand on lit "*Selon les pays, les PSI sont inclus dans différentes démarches...*" On aurait préféré "*Selon les pays, des PSI sont inclus dans différentes démarches...*" car les PSI ne sont pas un tout indistinct, il faut bien en choisir, être en capacité de les sélectionner selon l'usage...

Lorsqu'on lit que "*les résultats ajustés ou standardisés des indicateurs doivent être publiés avec leurs intervalles de confiance, sur plusieurs années consécutives, et la comparaison à des valeurs de références (références nationale, régionale ou par catégorie d'établissements « semblables ») doit permettre la mise en place d'un benchmarking national, régional ou local*"³³, on ne peut s'empêcher d'y voir, entre autres, l'influence de l'expérience de l'ACHS et s'en réjouir car c'est bien ce que nous demandons depuis des années et des années : la présentation en tendance est beaucoup plus pédagogique et incitative que la présentation de données brutes et le benchmarking selon différents "classements" est très parlant. L'expérience prouve qu'il éloigne des réflexes de type "*nous n'avons pas les mêmes patients*" et Dieu sait que nous avons des progrès à faire en ce domaine...

Bref, du bon travail, du travail utile sur un sujet où nous sommes collectivement encore en phase d'apprentissage, où nous passons du "trop peu" au

"trop", parfois au "beaucoup trop", et où il nous faut apprendre encore pour faire "moins mais mieux". Ce rapport nous y aide.

Faites du sport !

*"Selon Laure Copel, oncologue à l'Institut Curie (Paris), « l'activité physique permet, en quelque sorte, de limiter le début du processus cancéreux et de "freiner" les cellules tumorales ». Chez les femmes, elle permettrait de réduire les cas de rechute du cancer du sein à hauteur de 67 %."*³⁴

Le sport, mieux que la chimiothérapie et que les traitements personnalisés ?
Ça va finir par se savoir !...

¹ La décision de la Cour suprême des Etats-Unis (67 pages !) est téléchargeable sur <http://www.washingtonpost.com/blogs/ezra-klein/wp/2012/06/28/read-the-supreme-court-upholds-the-health-reform-law/> ou sur : <http://www.guardian.co.uk/world/interactive/2012/jun/28/supreme-court-obama-health-reform-document>

Signalons aussi, entre autres, le dossier très bien fait du New York Times sur http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health_insurance_and_managed_care/health_care_reform/index.html?inline=nyt-classifier

² La "réforme Obama" promulguée le 23 mars 2010 est constituée de plusieurs textes fondateurs. Le principal est le "*Patient protection and affordable care act*" ("ACA" ou "PPACA", Public law 111-148 - 2010), mais il faut aussi citer le "*Health care and education reconciliation act*" (HCERA - Public law 111-152 - March 30, 2010)

³ Le Figaro - *Obama : réforme de santé approuvée* - AFP - Mis à jour le 28/06/2012 à 16:55

⁴ Les arguments avancés par le Gouvernement pour justifier de la constitutionnalité de la loi

sont surprenants pour des Français et sans doute pour des Européens. On peut lire en page 15 de la décision : "*The Government advances two theories for the proposition that Congress had constitutional authority to enact the individual mandate. First, the Government argues that Congress had the power to enact the mandate under the Commerce Clause. Under that theory, Congress may order individuals to buy health insurance because the failure to do so affects interstate commerce, and could undercut the Affordable Care Act's other reforms. Second, the Government argues that if the commerce power does not support the mandate, we should nonetheless uphold it as an exercise of Congress's power to tax. According to the Government, even if Congress lacks the power to direct individuals to buy insurance, the only effect of the individual mandate is to raise taxes on those who do not do so, and thus the law may be upheld as a tax.*" C'est ce second argument qui a été retenu par le Président, le juge Roberts

- ⁵ "*The Federal Government does not have the power to order people to buy health insurance. Section 5000A would therefore be unconstitutional if read as a command. The Federal Government does have the power to impose a tax on those without health insurance.*" p. 44 de la décision de la Cour
- ⁶ "*Those decisions are entrusted to our nation's elected leaders, who can be thrown out of office if the people disagree with them,*" Roberts said. "*It is not our job to protect the people from the consequences of their political choices.*" Cité par Robert Barnes - *Supreme Court upholds Obama's health-care law* - The Washington Post - June 28, 2012
- ⁷ "*Justice Anthony M. Kennedy, most often the pivotal vote in the court's ideological battles, said the law is an affront to individual liberty and should have been rejected in its entirety.*"
Idem
- ⁸ Cf. par exemple l'assez extraordinaire reportage de CNN sur : http://www.marianne2.fr/obj-washington/The-Newsroom-reflet-d-une-Amerique-qui-s-interroge-sur-elle-meme_a109.html Comme le dit un des reporters, en direct : "*It's a fascinating moment*"...
- ⁹ PIB : Produit intérieur brut
- ¹⁰ "Sélection adverse" ou "anti-sélection". Dysfonctionnement des marchés d'assurance qui résulte de l'information cachée dont les assurés peuvent disposer sur leurs propres risques et qui n'est pas accessible aux assureurs. Les porteurs de risques auront plus tendance à s'assurer que les autres, le coût pour l'assureur sera plus élevé que si tous s'assuraient.
- ¹¹ INCa : Institut national du cancer
- ¹² Commission des affaires sociales : audition, ouverte à la presse, de Mme Anne Burstin - mercredi 4 juillet 2012
La commission des affaires sociales, présidée par Mme Catherine Lemorton (SRC, Haute-Garonne), procèdera à l'audition, ouverte à la presse, de Mme Anne Burstin, inspectrice générale des affaires sociales, dont la désignation à la direction générale de l'Institut national du Cancer (INCa) est envisagée (application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique).
Mercredi 4 juillet 2012 - À 10 h 30 - Salle 6351 - 1^{er} étage, Palais Bourbon
(Entrée des journalistes munis de leur carte de presse : 33 Quai d'Orsay, 75007 Paris)
Retransmission en direct sur le site de l'Assemblée nationale : <http://www.assemblee-nationale.tv/direct.html>
Contact presse : Laëtitia Mullings, 01 40 63 64 38, lmullings@assemblee-nationale.fr
- ¹³ ENA : École nationale d'administration
- ¹⁴ DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- ¹⁵ Direction générale de la santé (Ministère de la santé)
- ¹⁶ AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- ¹⁷ Blocquaux Jean, Burstin Anne, Giorgi Dominique - *Mission d'analyse et de proposition sur les conditions d'accueil des mineurs étrangers isolés en France* - Inspection générale des affaires sociales - Mai 2005 - Réf. Documentation Française : 054000285 - 114 pages
Téléchargeable sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000285/index.shtml>
- ¹⁸ Béatrice Buguet, Anne Burstin, Bertrand Deumie - Inspection générale des affaires socia-

les - *Mise en œuvre des compétences santé environnement des agences régionales de santé (ARS)* - Janvier 2012 - Réf. Documentation Française : 124000044 - 341 pages
Cf. mail UNHPC 12/53 du jeudi 26 janvier 2012 (rapport, note de l'IGAS et dossier de presse)

Ce rapport est aussi téléchargeable sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000044-la-mise-en-oeuvre-par-les-agences-regionales-de-sante-ars-des-politiques>

¹⁹ CH : Centre hospitalier

²⁰ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

²¹ HAS : Haute autorité de santé

²² Dr Marie-Annick Le Pogam, Jean-Marie Januel, Pr Cyrille Colini - *Modalités d'utilisation et de diffusion des PSI (Indicateurs de sécurité des soins hospitaliers) dans les pays de l'OCDE* - version du 15/9/2011 - Publication juin 2012

Cf. mail UNHPC 12/407 du vendredi 29 juin 2012 avec : le rapport CLARTE, la note de synthèse et le communiqué de presse de la HAS

²³ CLARTE : Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé

²⁴ PSI : patient safety indicators

²⁵ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

²⁶ ACHS : Australian council on healthcare standards. Les rapports sont publiés sous le titre de "*Australasian Clinical Indicator Report*". Le dernier (12^e édition) couvre la période 2003-2010. L'ACHS avait attendu plusieurs années avant de diffuser son premier rapport, en 1998, justement pour pouvoir donner des résultats en "tendance". Cf. : <http://www.achs.org.au/cireports>

²⁷ Il s'agit en fait du début de la fiche-écran présente sur le site de l'ACHS à la page : <http://www.achs.org.au/ClinicalIndicators/>

"What is a clinical indicator?"

A clinical indicator is simply a measure of the clinical management and/or outcome of care. A well-designed indicator should 'screen', 'flag' or 'draw attention' to a specific clinical issue. Usually rate based, indicators identify the rate of occurrence of an event. Indicators do not provide definitive answers; rather they are designed to indicate potential problems that might need addressing, usually demonstrated by statistical outliers or variations within data results. They are used to assess, compare and determine the potential to improve care. Indicators are therefore, tools to assist in assessing whether or not a standard in patient care is being met."

On pourrait traduire ainsi : "*Les indicateurs cliniques sont tout simplement une mesure de la prise en charge clinique et/ou des résultats des soins. Un indicateur bien conçu devrait « montrer » (en anglais, "comme sur un écran"), « signaler » (en anglais, "signaler comme un drapeau") ou « attirer l'attention » sur un problème clinique spécifique. Habituellement présentés selon des taux, les indicateurs permettent d'identifier le taux de survenue d'un événement. Les indicateurs ne fournissent pas de réponses définitives : ils sont conçus pour signaler les problèmes potentiels qui pourraient nécessiter analyse et évaluation. En général ces signalements partent de valeurs statistiques peu habituelles ou de variations au sein des données. Ils sont utilisés pour évaluer, comparer et déterminer le potentiel d'amélioration des soins. Les indicateurs sont donc des outils pour aider à évaluer l'atteinte ou le respect de ce qui est considéré comme un standard dans les soins donnés à des patients."*

²⁸ AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire

²⁹ Cf. : <http://unhpc.org/publications.php>

³⁰ FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

³¹ p. 6 et 7 du rapport

³² p. 3 de la note de présentation ou fin du communiqué de presse de la HAS

³³ p. 2 de la note de présentation

³⁴ Robin Panfili - *Les bienfaits trop méconnus de l'activité physique* - Le Monde Sciences & Techno du samedi 30 juin 2012, p. 1

Une circulaire et surtout les échéances

***L'Etat,
les autorisations,
la mise en cohérence du système,
la distribution
de distinctions
rémunératrices...***

Date de parution : lundi 9 juillet 2012

Mots types : Centres de référence - Labellisation - Structures spécialisées - Doctrine - DGOS - Financement - Allocation de ressources - Facturation rectificative ou complémentaire - Autorisations - Radiothérapie - Argenteuil - A. Buzyn - IRSN - Cour des Comptes - Perspectives - FHP

Il est des textes qui sont difficiles à comprendre. Il en est d'autres qui se disent clarificateurs mais dont on se dit après lecture qu'on a du mal à en comprendre le sens, la logique. C'est le cas d'une circulaire sortie cette semaine. Elle a pour ambition de présenter la "*doctrine*"¹ de la DGOS². Il faut donc s'y pencher pour essayer de comprendre.

Dans cette période tendue, la vie continue. Nous évoquerons le règlement d'un vieux dossier, celui des compléments de facturation, le jugement d'un tribunal administratif qui impose le respect du droit des autorisations à Argenteuil, la brillante nomination d'Agnès Buzyn dans le dispositif de "*refondation de l'école*".

Pour finir, à partir de citations importantes, nous évoquerons les chantiers qui s'ouvrent pour redresser les finances publiques et construire "*une stratégie nationale de santé*". Les choses sérieuses commencent.

Centres de référence, labellisation, structures spécialisées

Et allez, encore une couche supplémentaire de stratification de notre système hospitalier qui se profile à l'horizon !

Est-ce une couche purement honorifique de type "décorations" ? Non sans doute car il y a des rémunérations à la clef...

De quoi s'agit-il ? D'une "**circulaire relative à la doctrine DGOS sur les centres de référence, la labellisation et les structures spécialisées**"³, circulaire parue cette semaine.

Elle émane de la "*sous direction du pilotage de la performance*". S'agit-il alors d'un classement objectif qui reconnaîtrait la performance des "acteurs", comme on dit ? Non.

"L'objectif de la présente doctrine est de proposer un cadrage des conditions de mise en place ou de renouvellement de telles structures [centres de référence, labellisation, structures spécialisées] (ainsi que des structures spécialisées de recours) et du modèle à suivre, afin d'éviter les risques d'inflation des demandes, de morcellement des prises en charges spécialisées et la multiplication des demandes financières associées." "Il est en effet constaté une recrudescence des demandes de « labellisation » de « centres de référence », et une forte variabilité des modèles déjà existants, des financements, des missions et des terminologies."

Diable ! Serions-nous en retard d'un mètre ? Ces catégories juridiques qui valent "*doctrine*" nous auraient-elles échappé ? Précipitons-nous donc sur notre cher Légifrance... Qui par parenthèse nous signale que sa rubrique "*Evolution du volume des textes*" est toujours "*en cours de refonte*". Depuis combien d'années maintenant ? Quelles sombres bagarres anti-transparence recouvrent cette incapacité à nous faire part du compteur que Monsieur l'Ordinateur doit, lui, donner sans difficulté... Nous la signalons régulièrement, mais cette "*refonte*" qui n'aboutit pas est bien, bien regrettable, car elle est la seule mesure objective de notre immense capacité à produire du droit, de la norme...

Mais revenons à notre sujet du jour. Quelque chose nous aurait-il échappé, parmi les catégories de droit qui s'imposent à nous ?

Interrogeons sur le mot "**référence**". Le mot est ambigu. Nous sommes donc inondés de 2.518 articles. On en trouve dans tous les codes. Mais 218 articles seulement dans le code de la santé publique et 216 dans celui de la sécurité sociale. Nous ne tenons pas notre rang de premier producteur de droit... Même si la "*page en cours de refonte*" ne nous permet pas de mesurer notre "retard" dans l'utilisation de ce mot...

Interrogeons donc les mots "**centres de référence**", ils seront plus discriminants. Plusieurs articles font mention de "*centres de référence*" : pour le traitement d'une maladie rare⁴, pour l'Institut de veille sanitaire qui "*s'appuie sur un réseau de centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles*"⁵, pour les "*zones de défense*" qui peuvent comporter des établissements de santé de référence. Nous retrouvons bien sûr aussi notre cher INCa⁶, pour l'article D1415-1-8 dont nous reparlerons. Mais, au total, c'est maigre.

Interrogeons sur le mot "**label**" : 126 articles au total, c'est peu. On peut retrouver le mot "label" dans les codes du commerce, de la propriété intellec-

tuelle, de la consommation, dans le code général des impôts. Mais, rien chez nous. Pour les puristes, signalons quand même le code de la sécurité sociale⁷ qui nous informe que "*bénéficient du label intitulé "Label ACS" les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées*". Mais il ne s'agit pas d'établissements de santé...

Interrogeons sur le mot "**labellisation**". Ah ! Le code de la santé publique répond. Il répond des choses que nous connaissons bien. L'article D1415-1-8 qui confie à l'INCa la possibilité de "*labelliser*" un certain nombre "*d'organisations*". Et nous savons en effet que l'INCa a labellisé 8 SIRIC⁸, 16 centres d'essais cliniques de phase précoce⁹, des centres experts nationaux de référence pour cancers rares de l'adulte... Mais en dehors de ces "*labellisations*" dont nous connaissons bien l'histoire... Rien ! Et dans la circulaire, pas même une allusion à la **certification** ou à l'**accréditation**, mots cousins et qui, en droit hospitalier, existent bien...

Tiens, au fait, la circulaire oublie aussi les "**reconnaisances**". Nous les connaissons pourtant en soins palliatifs avec les lits identifiés¹⁰ qui font l'objet d'une "*reconnaissance d'activité*". Nous les connaissons aussi avec nos RRC¹¹ qui sont "*reconnus*" par l'INCa.

Mais elle oublie aussi le mot "**agrément**" qui a fait l'objet de tant de discussions au moment du démarrage des travaux relatifs au nouveau dispositif d'autorisation. Contre le Président de l'INCa et les CLCC, nous avons conclu avec la DHOS¹² de l'époque que ce mot n'avait aucune signification juridique et que dans sa grande sagesse, le législateur avait dû le prendre pour ça, justement. Ainsi les "**critères d'agrément**" de l'INCa n'avaient pas d'autre objet que de s'insérer dans le dispositif d'autorisation. Mais un petit rappel aurait été utile car les tentations existent toujours de donner du corps à cette notion "*d'agrément*"...

La DGOS oublie aussi la notion de "**pôle régional**" qui nous a occupés en cancérologie à la hauteur des dangers qu'elle représentait en termes d'apparition d'une aristocratie fondée sur des statuts et non sur des compétences et une activité avérées.

On pourrait continuer encore assez longtemps. La circulaire cite d'ailleurs aussi les "*activités hautement spécialisées confiées à des « centres de référence, centres référents, centres de ressource, pôles de référence, centres nationaux de référence »*"¹³, les IHU¹⁴... Nous pourrions rajouter les hôpitaux habilités à prescrire et ceux qui ne le sont pas, comme pour le Yondelis par exemple, ou les exclusivités réservées pour un temps ou pour longtemps à certains hôpitaux lorsqu'il s'agit d'innovation ou de techniques moléculaires par exemple, la "*double lecture*" obligatoire auprès des seuls CHU¹⁵/CLCC¹⁶ en anatomocytopathologie...

Pour se faire reconnaître comme différent des autres, l'imagination est au pouvoir. C'est humain. Les auteurs de la circulaire en signalent pudiquement le

danger : tout ceci ne doit pas "générer une excessive segmentation de patientèle. Celle-ci nuirait à la qualité des prises en charge (qui doivent rester globales et pluridisciplinaires) et des parcours de soin"¹⁷. Oui, on pourrait continuer.

Alors quoi ? Face à cette "multiplication des types et typologies de structures et de financements associés"¹⁸, nous avons en effet besoin d'une "doctrine".

On pouvait croire qu'il s'agissait de procéder à un simple rappel. En effet, les choses, la "doctrine", sont en principe claires. Le socle du système hospitalier est constitué par le dispositif des autorisations préalables de 18 activités de soins et de 5 types d'équipements et de matériels lourds définis depuis 2005¹⁹. Ces activités sont payées par la T2A²⁰ en fonction de ce qui est réellement fait et proportionnellement aux coûts constatés. Lorsque la mesure de l'activité est difficile ou insuffisante, il est prévu des rémunérations adaptées via les MIGAC²¹. La réglementation en détaille bien l'objet. Enfin il y a des établissements dont l'objet est aussi de faire de l'enseignement et de la recherche. Les choses sont là aussi prévues, organisées et financées. On pouvait donc s'attendre à un rappel clair des fondamentaux, de la "doctrine", et, en fait, à ce que ce rappel torde le cou à des notions le plus souvent infondées en droit et perturbantes pour tous.

Au contraire, la lecture de la circulaire les confirme. Dès lors, on se pose des questions. On se demande par exemple où sont les CHU. On y lit que les centres de référence sont définis par des "missions de prise en charge de recours, de coordination, d'expertise, d'enseignement, de recherche" et... Qu'ils "doivent être bien identifiés et visibles".²² Va-t-on changer le sigle CHU pour le sigle CR - Centre de référence ? Non, ce n'est apparemment pas à l'ordre du jour. Nous n'y voyons donc pas plus clair.

Y voir plus clair ? Cette circulaire est faite pour être diffusée aux Directeurs d'ARS²³ et à leurs services. Il faut donc être capable de parler et de comprendre la langue locale. Sur certains passages nous ne sommes pas déçus, par exemple lorsque nous apprenons que "la procédure actuelle de révision du guide d'aide à la contractualisation des MIGAC afin de sécuriser juridiquement ces dotations devrait conduire à généraliser leur calibrage par modélisation".²⁴ Merci Messieurs, la "doctrine" devient en effet beaucoup plus limpide. N'en doutons pas, nombreux sont ceux qui seront ainsi pleinement éclairés et rassurés.

Non, au lieu de nous rappeler le schéma simple découlant de la "doctrine" et surtout du droit, de remettre de l'ordre, comme elle dit vouloir le faire, la circulaire officialise un "éventail de terminologies"²⁵. Il faut d'ailleurs, dit-elle, faciliter son "appropriation par les professionnels comme par les usagers"²⁶. Et de récapituler les "terminologies" proposées en distinguant²⁷ :

- des **grades de structure** qui sont des **niveaux de recours** : **haut, intermédiaire rattaché à un centre de référence, intermédiaire hors notion de référence** ;

- des noms pour les structures concernées : *centre de référence, centre de compétence, centre correspondant, structure spécialisée indépendante de tout centre de référence* ;
- des appellations proposées pour la *labellisation* : *reconnaissance, identification*.

On prend peur...

Mais on croit enfin mieux comprendre grâce au paragraphe des "*financements mobilisables*"²⁸. "*Le financement gagne à être l'objet d'une modélisation, réalisée en concertation avec les différents acteurs.*"

En fait, à y regarder de près, le cartouche de départ nous avait prévenus de façon subliminale.

On s'aperçoit en effet maintenant que ce qui apparaît comme étant vraisemblablement le "vrai" sujet est désigné dans le carré "*Textes de référence*" avec l'article cité : le L162-22-13. Il s'agit de l'article qui instaure les MIGAC, qui signale le "*rôle de recours dévolu à certains établissements*" qui finance entre autres "*le rôle de référence et l'innovation*" ainsi que "*l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours*" et "*l'expertise réalisée par des centres de référence*" d'après le D162-6 également cité dans le même cartouche.

Le vrai sujet est donc bien là : il s'agit de financement.

On nous parle aussi de l'Europe. Mais cela confirme. L'Europe n'aime pas les allocations de ressources qui sont données aux "amis" pour la seule raison qu'ils sont des "amis". Elle exige des justifications. La crainte du gendarme "Europe" pousse donc l'administration à mettre un peu d'ordre et de visibilité dans les financements hospitaliers qui en manquent. Ça, c'est bien. Ce n'est pas la première fois. Merci l'Europe. "*Le modèle retenu est proposé aux ARS et publié dans le guide d'aide à la contractualisation des MIGAC. Il devient alors prévisible, traçable et permet aux structures de s'inscrire dans une logique pluriannuelle*"²⁹. On progresse donc. Mais au prix de contorsions supplémentaires.

Là est sans doute la clef d'interprétation de cette circulaire. On est donc loin du "*pilotage de la performance*". On est dans le pilotage des subventions. On ne s'étonne donc plus de ne trouver ici ni rappel clair des règles du jeu communes, responsabilité de la DGOS, ni classements éventuels des meilleurs d'entre nous, ce qui aurait pu être un dossier du "*pilotage de la performance*".

En l'état ces qualificatifs, ces contorsions sémantiques pourraient sembler n'être finalement pas très dangereux, mais le sujet est à surveiller. Il faut maîtriser la langue administrative et donc il faut connaître cette sémantique. S'il s'agit seulement de faire plaisir à ceux qui donneront les médailles et à ceux qui en recevront, ce n'est pas très grave. Encore que, comme le note très bien la circulaire, "*l'effet « labellisation » ne doit pas être sous-estimé, la labellisa-*

*tion d'une structure augmente mécaniquement son attractivité et donc son activité*³⁰.

Mais gardons à l'esprit que ce genre de texte n'a en général rien à voir avec de la génération spontanée. Très probablement, dans ce cas particulier, il cache surtout une gestion claire d'intérêts particuliers. C'est cela qu'il convient de surveiller. Sans doute est-ce particulièrement d'actualité à un moment où on nous dit vouloir revenir à une conception que nous qualifions "d'ecclésiale", "d'aristocratique" ou de "corporatiste" du financement des hôpitaux puisqu'être payé "pour ce que l'on fait" n'est plus de mise (quel paradoxe pour des "socialistes" !...) mais que l'avenir serait à être de nouveau payé "pour ce que l'on est". Faudrait-il se réjouir que l'Europe, la crise et la dette nous incitent, à contre-courant, à revenir à des principes plus "républicains" et plus "objectifs" ?

Cette circulaire nous dit que les choses bougent. Les contorsions, surcouches juridiques ou de "doctrine", et donc la complexification constatée, sont-elles là pour pérenniser quelques tuyauteries discrètes de financements qui doivent maintenant être mieux justifiés ? La simplification et la clarification revendiquées sont-elles là pour mieux faire apparaître des pratiques courantes mais trop discrétionnaires ? Dernière circulaire d'un temps révolu ou première circulaire d'un retour au favoritisme ? Subterfuge pour avancer alors que la mise en place des dispositifs d'autorisation prévus depuis l'ordonnance de 2003, sauf exception, ne se fait toujours pas ? L'histoire le dira. A nous aussi de savoir participer à sa construction.

Facturation "normale"... enfin !

Une circulaire a mis fin cette semaine à une incongruité de notre système de facturation³¹.

On se souvient que, lorsque la Mission "Tarification à l'activité" (MT2A) a été installée, fin 2002, elle a trouvé le dossier de la T2A en complète déshérence. Rien n'avait été fait pour passer à l'opérationnel. Le dossier datait pourtant de 1983 !... Et de nombreuses "expérimentations" avaient eu lieu. Il a alors fallu aller vite, très vite. Personne, ou presque, au Ministère, ne savait plus ce qu'était une "facture". On en trouve encore des traces de cette curieuse inculture jusqu'à aujourd'hui. La CNAM traînait les pieds.

Malgré l'action clairvoyante de Martine Aoustin, en charge du dossier, on arrive alors à un résultat qui serait stupéfiant et surtout, au sens propre, incroyable dans le monde "normal" et encore plus chez des professionnels de la comptabilité : il n'était pas possible d'émettre des "*factures complémentaires ou rectificatives*" !

La circulaire parue cette semaine précise que "*les établissements disposent désormais d'un délai d'un an, à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la date de fin du séjour hospitalier, pour émettre et transmettre leur fac-*

ture initiale, et, éventuellement, leurs factures complémentaires ou rectificatives."

Malgré ce qu'on dit, en particulier que l'hôpital n'est pas une entreprise, petit à petit (près de 10 ans d'efforts pour obtenir une modification "évidente" !) nous rentrons dans le monde "normal". Qui ne s'en réjouirait ?

Autorisations en radiothérapie

Nous parlions plus haut d'autorisation. Les Régions en retard publient enfin la liste de leurs établissements et centres de radiothérapie autorisés. Cela fait apparaître au grand jour quelques situations difficilement admissibles et, souvent, au détriment du privé.

Mais comment ne pas évoquer ici la décision du Tribunal administratif de Cergy-Pontoise connue cette semaine et annulant l'autorisation d'activité pour la radiothérapie du Centre Hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil, à l'échéance du 28 février 2013³².

L'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France a autorisé le 14 avril 2011 l'activité de radiothérapie au CH d'Argenteuil pour cinq ans en lui demandant une coopération territoriale avec l'hôpital d'Eaubonne-Montmorency. Elle lui a également accordé "*un délai de 36 mois pour atteindre le seuil d'activité de 600 patients par an, seuil fixé par l'arrêté du 29 mars 2007*", rappelle le communiqué de l'hôpital.

Or, "à la demande du centre privé Therap' X Paris Nord de Sarcelles, le Tribunal administratif de Cergy-Pontoise a annulé le bénéfice de cette disposition particulière, considérant que l'hôpital devait démontrer sans attendre un niveau d'activité de plus de 600 patients sur trois années révolues au moment de la demande".

La direction du CH d'Argenteuil juge cette décision "*très contestable*" et estime qu'elle "*va à l'encontre des intérêts du service public hospitalier, des collaborations engagées avec les autres établissements de proximité [notamment l'hôpital Simone Veil d'Eaubonne-Montmorency], et donc des malades du territoire*".

Nous pensons au contraire que le juge n'a fait qu'appliquer le droit. En faisant cela, il a consolidé le service public tout court, le seul qui compte en droit, et la qualité des prestations qu'il fournit aux patients sur le territoire. S'il n'avait pas fait appliquer le droit, deux centres proches, ceux de Sarcelles et de Pontoise-Osny, parfaitement aux normes, eux, en auraient gravement souffert et le service aux patients avec. On peut d'ailleurs constater que les relations public privé qui étaient de tradition longue bonnes et bien organisées, se sont dégradées depuis qu'il faut artificiellement constituer une "filiale" pour nourrir Argenteuil...

En faisant appel de la décision du juge administratif, la direction souhaite faire "*confirmer l'implantation de cette activité sur l'hôpital d'Argenteuil et consolider ainsi son positionnement de centre de référence en cancérologie sur le Val-d'Oise*", précise le communiqué de l'hôpital. On croit rêver ! "*Centre de référence*", un centre qui sur bien des points n'est pas aux normes ?

Merci au juge administratif qui n'a pas été dupe des pressions purement politiques et qui a jugé en droit, comme il le devait. Merci aussi au centre privé Therap'X Paris Nord (groupe Seny-Vedici) de Sarcelles qui a eu le courage (il en fallait !) de porter l'affaire devant le juge. Quant à l'appel, on imagine mal qu'il contredise le droit, à moins que la date du 28 février 2013 ait été choisie pour donner encore plus de temps aux contrevenants et à leurs réseaux d'influence...

Agnès Buzyn

Le premier Ministre, Jean-Marc Ayrault et le ministre de l'éducation Vincent Peillon ont ouvert jeudi dernier, 5 juillet, la "*concertation*" sur une des grandes priorités du Gouvernement, la "*refondation de l'école*".

Pourquoi évoquer ce sujet ici ? Parce que le dispositif mis en place prévoit 4 groupes de travail. L'un d'eux est présidé par Agnès Buzyn³³. Il s'agit du groupe de travail "*élèves au cœur de la refondation*". C'est dans ce groupe de travail que sera discutée la question importante et délicate de la réforme des rythmes scolaires.

Comment ne pas être honorés de cette mission et de la distinction qui est ainsi offerte à la Présidente de l'INCa ?

Mais en même temps, Le Monde le rappelle à ceux qui l'ignorerait, Agnès Buzyn est aussi professeur d'hématologie à l'hôpital Necker et Présidente du conseil d'administration de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

Le nouveau Président de la République, François Hollande, a souligné lui aussi que le cancer serait une de ses priorités. L'INCa a de lourdes responsabilités. Il doit faire face à la contestation de pans entiers de l'administration et à une hémorragie importante de son personnel d'encadrement. L'ancienne directrice a été très prise par la campagne électorale. La nouvelle n'est pas encore définitivement nommée³⁴. Nous ne sommes donc pas les seuls à penser qu'une Présidente pourrait utilement se consacrer à plein-temps à l'INCa.

Alors, Mesdames, Messieurs les Ministres, bravo pour votre choix, mais, à l'avenir, s'il vous plaît, ne pourriez-vous pas nous laisser notre Présidente un peu plus pour nous ? Vraiment, il y a de quoi faire, vous savez. Oui, vraiment, il y a beaucoup de choses utiles à faire. Alors, Mesdames, Messieurs les Ministres, merci de faire en sorte que notre Présidente puisse aussi se consacrer vraiment, pleinement à l'INCa !

Les échéances

La semaine a été marquée par le **rapport de la Cour des Comptes et son rapport d'audit**³⁵ et par la **déclaration de politique générale du Premier ministre**, Jean-Marc Ayrault. Ouf ! Les magistrats de la Cour estiment à 40 milliards l'effort d'économies à réaliser dans les deux prochaines années pour ramener le déficit public à 3 % du PIB l'an prochain, avec une prévision de croissance abaissée à 1 %. On craignait pire.

Le Premier Ministre, annonce l'élaboration d'une "*stratégie nationale de santé*" visant à rendre plus performant le système de santé. Elle devra s'attacher à "*favoriser une bonne répartition et un bon parcours de soins*" pour "*rebâtir un système de santé qui soit véritablement accessible et performant*". Bien sûr il faudra "*reconnaître et soutenir l'hôpital et en particulier l'hôpital public*". L'impression qu'il donne c'est que le dossier n'est pas prêt. C'est donc une confirmation. Tout reste à faire.

Ces thèmes sont récurrents dans cette chronique. Nous nous contenterons donc cette semaine de quelques **citations** qui nous paraissent particulièrement significatives et qui, disons-le, renforcent les points de vue que nous défendons ici depuis longtemps.

Les premières viennent du rapport de la **Cour des Comptes**.

- "...limiter à 2,5 % la progression de l'ONDAM en 2012 par rapport à l'ONDAM exécuté de 2011.

*Il conviendra enfin de veiller à ce que le respect de l'ONDAM hospitalier n'ait pas pour contrepartie un accroissement des déficits des établissements hospitaliers*³⁶.

- "A court terme, des mesures similaires à celles décidées ces dernières années, portant sur l'ensemble des dépenses, doivent permettre de respecter l'objectif fixé. Une attention renforcée devra néanmoins être apportée à la situation financière des établissements hospitaliers qui pourrait s'aggraver faute de mesures de gestion rigoureuse de leurs dépenses et à défaut d'actions indispensables de restructuration. Le respect de l'ONDAM ne peut être pertinent que si l'on examine, dans le même temps, le résultat consolidé des hôpitaux.

A moyen terme, la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie devra passer par un renforcement de la coordination des soins entre médecine de ville et médecine hospitalière, renforcement rendu désormais possible pour la création des agences régionales de santé. Une attention particulière devra ainsi être accordée à la conciliation de deux évolutions structurantes de notre système de santé : la spécialisation accrue des offreurs de soins et la nécessité d'une prise en charge globale des patients, notamment en raison du poids croissant des maladies chroniques.

Enfin, la maîtrise de l'évolution de l'ONDAM devra aller de pair avec la garantie de l'égal accès aux soins, notamment pour les plus démunis ou les

malades en affections de longue durée. Si la part de financement des dépenses de santé par l'assurance-maladie devait diminuer sensiblement, sous l'effet de mesures nouvelles de déremboursement, les conséquences sur le reste à charge des assurés et le poids de la protection complémentaire devraient être soigneusement mesurées. Cette réflexion devrait s'ouvrir aux moyens de préserver l'égal accès aux soins à travers des dispositifs de plafonnement individuel des restes à charge, comme il en existe à l'étranger."³⁷

- *"Une priorité absolue : renforcer l'efficacité des dépenses publiques. Les efforts de consolidation doivent principalement passer par une meilleure maîtrise des dépenses publiques. En effet, les consolidations budgétaires qui reposent prioritairement sur un effort de maîtrise de la dépense sont les plus efficaces dans la durée"*³⁸.

Les secondes viennent d'un **communiqué de la FHP**³⁹. Nous le citons ici presque entièrement tant il est important.

"A l'issue de la Commission des comptes de la Sécurité sociale qui s'est tenue le 5 juillet, la Fédération de l'Hospitalisation privée rappelle sa pleine conscience de la gravité de la situation financière à laquelle notre système de santé et d'assurance-maladie est confronté à court et moyen terme.

Elle partage avec les professionnels de santé l'analyse par les pouvoirs publics des principales difficultés : évolution de la démographie médicale, inégalités géographiques d'accès aux soins, augmentation des restes à charge. [...] la FHP considère qu'une action déterminée pour améliorer l'efficacité de l'organisation du système de santé français est à engager sans délais.

Plusieurs conditions sont à remplir au préalable :

- *Un cadrage financier global à court et moyen terme de l'ONDAM doit permettre à chaque catégorie d'acteur (hospitalisation, médecine de ville, médico-social, ...) d'avoir une vue claire de ses perspectives économiques. [...]*
- *Une amélioration de l'efficacité du système de santé est indispensable à la maîtrise de l'évolution des dépenses. Elle repose sur la capacité des acteurs à se coordonner pour améliorer l'organisation du parcours de soins.*
- *A cet effet, **la FHP propose d'organiser dès la rentrée une conférence réunissant tous les acteurs de la chaîne de soins pour définir ensemble un programme triennal d'amélioration de l'efficacité des soins.***
- *Pour conduire ce programme, une véritable maîtrise d'ouvrage nationale (avec un responsable clairement identifié) et la rénovation du cadre contractuel national et local entre l'Etat et les acteurs sont nécessaires. En particulier une distinction claire est à établir entre le rôle de régulateur de l'offre de soins qui revient naturellement à la puissance publique et son rôle de gestionnaire d'une catégorie d'établissement qui la situe trop souvent en conflit entre ces deux catégories de responsabilités.*

Accessibilité aux soins, qualité des soins et maîtrise budgétaire, loin d'être antinomiques, sont trois défis que les cliniques et hôpitaux privés entendent relever dans un esprit de pleine responsabilité".

La voie est tracée...

Dès cette semaine les travaux commencent avec la "**Conférence sociale**". Sept tables rondes thématiques sont prévues, dont une ayant pour thème "**Financer la protection sociale**". Elle est animée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé. Table ronde aussi nécessaire qu'importante, mais la Cour des Comptes nous a prévenus : contrairement à ce que disaient un certain nombre de lobbyistes qui, depuis, font partie des cabinets ministériels, il ne suffira pas de ponctionner encore plus les Français et d'augmenter les budgets hospitaliers.

Les choses sérieuses commencent.

¹ D'après le dictionnaire, le mot doctrine provient du latin *docere* et signifie enseignement. Une doctrine est un ensemble de notions proposées comme devant être enseignées, un ensemble global de conceptions d'ordre théorique enseignées comme vraies, un ensemble de notions et de principes que quelqu'un professe dans le but de diriger une action ou d'interpréter des faits.

² DGOS : Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé

³ Circulaire N° DGOS/PF2/2012/251 du 22 juin 2012 relative à la doctrine DGOS sur les centres de référence, la labellisation et les structures spécialisées - Validée par le CNP le 15 juin 2012 - Visa CNP 2012-146 - Annexe : Texte de la doctrine DGOS sur les centres de référence, la labellisation et les structures spécialisées. Avril 2012

Cf. mail UNHPC 12/417 du mercredi 4 juillet 2012

⁴ Code de la santé publique, article R5121-76-1

⁵ Code de la santé publique, article L1413-4

⁶ INCa : Institut national du cancer

⁷ Article L863-7

⁸ SIRIC : site de recherche intégrée sur le cancer

⁹ CLIP2 : Centre labellisé INCa de phase précoce

¹⁰ LISP : lit identifié de soins palliatifs

¹¹ RRC : réseau régional de cancérologie

¹² DHOS : 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

¹³ Annexe p. 1

- ¹⁴ IHU : institut hospitalo-universitaire - p. 2
- ¹⁵ CHU : centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ¹⁶ CLCC : centre de lutte contre le cancer
- ¹⁷ Annexe p. 1
- ¹⁸ Circulaire p. 2 et annexe p. 1
- ¹⁹ Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires, article R. 6122-25 du code de la santé publique découlant du L. 6122-1 venant de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- ²⁰ T2A : tarification à l'activité
- ²¹ MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- ²² Cartouche de l'annexe p. 5
- ²³ ARS : agence régionale de santé
- ²⁴ Annexe p. 2
- ²⁵ Annexe p. 6
- ²⁶ Annexe p. 6
- ²⁷ Annexe p. 6
- ²⁸ Annexe p. 9
- ²⁹ Annexe p. 9
- ³⁰ Annexe p. 10
- ³¹ Circulaire N°DSS/1A/DGOS/R1/2012/240 du 18 juin 2012 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie.
- ³² APM - *Bataille judiciaire public/privé sur la poursuite de l'activité de radiothérapie du CH d'Argenteuil (Val-d'Oise)* - 6 juillet 2012 - ABPG6001 06/07/2012 17:29 ACTU CANCER-HEMATO
- ³³ Maryline Baumard - *Une concertation sur l'école très encadrée* - Le Monde du 5 juillet 2012
- ³⁴ Rappelons que la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a auditionné Mme Anne Burstin ce mercredi 4 juillet 2012 et que l'audition peut être visualisée sur le site de l'Assemblée nationale <http://www.assemblee-nationale.tv/direct.html> et plus particulièrement à l'adresse suivante : <http://www.assemblee-nationale.tv/chaines.html?media=3303&synchro=0&dossier=12>
Son audition au Sénat est prévue pour le mercredi 11 juillet
- ³⁵ Cour des comptes - *La situation et les perspectives des finances publiques* - juillet 2012
Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, Raoul Briet, président de la formation interchambres « Exécution du budget et comptes de l'Etat » et Denis Morin, rapporteur général de la formation interchambres, ont présenté le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques lundi 2 juillet 2012.
Ce rapport inclut l'audit demandé par le Premier ministre en vue d'évaluer la situation actuelle des comptes publics et les risques pesant sur la réalisation des objectifs de finances publiques pour 2012 et 2013.
Téléchargeable sur : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Situation-et-perspectives-des-finances-publiques-2012>
- ³⁶ Rapport de la Cour des Comptes cité, p. 88
- ³⁷ Rapport de la Cour des Comptes cité, p. 150
- ³⁸ Rapport de la Cour des Comptes cité, p. 203
- ³⁹ FHP - *Face à la gravité de la situation des comptes de la Sécurité sociale, la FHP propose l'organisation d'une Conférence nationale pour améliorer l'efficacité des soins, sous l'égide de la Ministre des affaires sociales et de la santé* - Communiqué de presse du vendredi 6 juillet 2012 - Réf. : 116-2012
Téléchargeable sur : <http://www.fhp.fr/1-fhp/7-presse-evenements/1351-communicues-de-presse-2012/6405-juillet-2012-face-a-la-gravite-de-la-situation-des-comptes-de-la-securite-sociale-la-fhp-propose-l-organisation-d-une-conference-nationale.aspx>

Dépassements d'honoraires, encore, enfin ?

- ✦ Un système mortifère pour les métiers auxquels il s'applique.
- ✦ Où en est-on cette semaine ?
- ✦ Les choses sont-elles mal parties ?
- ✦ Pour se détendre, quelques devoirs de vacances...
- ✦ Un tout autre sujet : grâce au Conseil d'Etat, il n'y aura pas de chaîne de télévision thématique consacrée au vin.

**"Dépassements"
et exercice libéral de la médecine.**

Laissons la morale à sa place.

**Régulons d'abord le système,
la morale ne s'en
trouvera que mieux.**

Date de parution : Lundi 16 juillet 2012

Mots types : Revenus - Assurance-maladie - Convention - Médecine - M. Touraine - Médecine - Négociation - CCAM - Activité libérale à l'hôpital Bonbonnière - PME - Histoire - Conseil d'Etat - Télévision - Vin - Alcool - Deovino

Les politiques ont cru habile de créer le système des **dépassements** d'honoraires pour pouvoir augmenter les honoraires sans grever le déficit de la sécurité sociale dont ils étaient responsables. Ce faisant, ils ont créé une machine infernale qui, comme prévu, lentement mais sûrement, s'est emballée. Depuis 1980, les politiques de tous bords ont fui leurs responsabilités, remettant successivement à leur successeur la charge de supprimer ce système mortifère pour l'exercice libéral de la médecine, et donc, de fait, pour notre système de santé. Plus on attendait, plus le problème devenait ardu à régler. Maintenant, la société commence à gronder et des problèmes d'accès aux soins commencent à se poser. Du coup, les politiques se sentent obligés de dire qu'ils vont faire quelque chose, enfin ! Derrière les rodomontades ou les postures intransigeantes, en ont-ils vraiment la volonté ? Cette semaine, il faut, une fois de plus, faire le point sur ce dossier, pour l'actualiser.

Compte tenu d'une météo pourrie comme rarement, la moitié nord du pays ne se rend pas trop compte que les vacances d'été sont commencées. Avec hu-

mour, du moins nous espérons que nos lecteurs les aborderont comme cela, nous proposons quelques **"devoirs de vacances"**, sous forme de **fiches d'études de cas sur l'éthique, la gestion d'entreprise, la production et l'histoire...**

Enfin, loin de tout ça, perdue au milieu d'une actualité chargée et des multiples rapports qui sont sortis cette semaine, nous évoquerons un jugement important du Conseil d'Etat, sage et très juridiquement fondé. Il a annulé la décision du CSA¹ d'autoriser **une chaîne de télévision thématique consacrée au vin...** Un détail ? Certainement pas, mais si cela en était un, cela montrerait que le diable n'est pas toujours dans les détails !

La question des dépassements ou des compléments d'honoraires a été au centre de bien des discussions et de bien des prises de positions durant la semaine. La "négociation" et la "concertation" vont en effet s'ouvrir officiellement.

Ce qu'on a entendu cette semaine inquiète. On voit poindre la tentation de rester à l'écume des choses. Il faut donc rappeler une fois encore les fondamentaux de ce dossier.

Ne nous laissons pas distraire par les hurlements sur les "abus". Il y a consensus là-dessus. Ils existent. Ils sont le fait d'une minorité. Ils doivent être sanctionnés. Ils peuvent être sanctionnés. Il faut passer aux actes. Qu'attend-on ? S'il y a mauvaise volonté d'un des partenaires, qu'on le dénonce et qu'on soutienne celui qui en pâtit !

Attaquons-nous plutôt au vrai problème : celui du devenir de l'exercice libéral de la médecine, de son rôle dans le système de santé solidaire qui est le nôtre. Les choses sont claires. Où on considère en haut lieu qu'il n'y a plus sa place et/ou qu'il n'a pas d'avenir. Qu'on nous le dise alors et qu'on explique au citoyen comment on va faire. L'ostracisme dont nous faisons l'objet tous les jours devient insupportable.

Le réalisme voudrait qu'on s'assure de l'avenir de l'exercice libéral de la médecine. Qu'on prenne alors au sérieux les discours convenus sur la nécessité de repenser la relation ville-hôpital. Qu'on arrête de balader les cliniques de suspicion en suspicion, en en changeant aussitôt qu'elles sont en mesure de répondre en faisant avancer le système d'information disponible sur l'ensemble du système !² Qu'on arrête de faire croire que les dépassements sont une donnée de la nature de la médecine libérale alors que c'est un choix d'organisation qui vient de nos Tutelles !

Si le pays a besoin, comme nous le pensons au vu de ce qu'il lui a apporté et de ce qu'il lui apporte, d'un exercice libéral de la médecine modernisé, actif, bien inséré dans le système de soins diversifié mais solidaire qui est encore le nôtre, qu'on assure sa survie. Cela passe en priorité par l'abandon, rapide et dans des conditions équitables du système, mortifère pour lui, des dépassements.

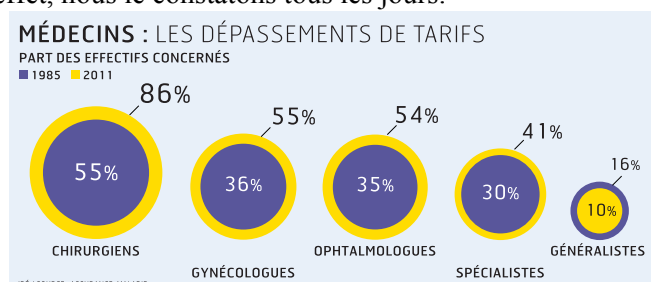
Un système mortifère pour les métiers auxquels il s'applique

Est-ce dramatiser que de situer ainsi l'enjeu comme étant celui de la survie de l'exercice libéral de la médecine ? Bien sûr que non, c'est du réalisme pour au moins quatre raisons, dont une seule suffirait. Les faits ne sont ni de gauche ni de droite, ils sont seulement têtus. L'histoire montre, à maintes reprises et dans des contextes civilisationnels différents, que ce système d'allocation de revenus :

- est destructeur des métiers qui l'emploient ;
 - s'attaque aux fondements de la médecine ;
 - pervertit l'hôpital public ;
 - dissuade du travail.
- **Ce système d'allocation ou de prise de revenus détruit toujours le métier qui l'utilise.** L'expérience prouve, sans exception, qu'un métier dont les professionnels s'auto-allouent leurs revenus alors qu'ils exercent une mission de service public et qu'ils sont payés en tout ou en partie sur fonds publics ne perdure jamais longtemps. Ses membres s'habituent à ce système pervers et en restent au bon accueil apparent des destinataires de leurs services. Comment ne pas sourire au professionnel dont vous dépendez et rester aimable sinon obséquieux à son égard lorsqu'il vous demande 100 alors qu'il pouvait vous demander 200 ? Mais le mépris et la haine accumulés sont bien à la hauteur des 200. Le jour où ils s'expriment il est trop tard. La réaction est collective et s'attaque aux professionnels concernés, jamais aux responsables du système. On n'est pas loin, parfois on est complètement sur un processus de type bouc émissaire. Les autorités responsables, vraies responsables, font corps avec les dénonciateurs pour mieux échapper à la vindicte qui devrait en fait leur être destinée en priorité. Si le métier reste socialement utile, les mêmes pouvoirs publics se refont une virginité en proposant un nouveau cadre d'exercice et de revenu pour un métier qui reste le même mais qui change de nom. L'exemple répété au cours des siècles et connu de tous est celui des "collecteurs d'impôt" devenus chez nous "inspecteurs des impôts". Le seul changement est là : ils n'ont plus droit à "dépassesments" ou à "compléments"...

On est dans le "systémique", le "système et structures" comme disent les économistes. On peut y rajouter de la morale, de l'éthique ou de la déontologie, ce ne sera toujours qu'un rajout. On ne régule pas un système avec l'éthique. On rend celle-ci possible, c'est différent. Au niveau du système de santé solidaire, pris en charge collectivement et régulé par la Convention, "le tact et la mesure" sont une feuille de vigne qui ne trompe personne longtemps. Elle se situe au niveau d'un artifice de déguisement. Ce n'est pas sous-estimer l'importance de l'éthique que de constater cela. L'intransigeance des politiques contre les "abus" ne doit pas impressionner : elle cache au mieux une fragilité ou une incapacité à mesurer le poids des choses, au pire une complicité qui contribue à l'extension de ce qui est dénoncé.

Afin de ne pas être mal compris, car en médecine on tombe souvent dans le travers du "tout est éthique", rappelons qu'un abus de pouvoir détruit autant celui qui l'exerce que celui qui le subit³. Les dépassements sont, par nature, un abus de pouvoir car il y a asymétrie entre les "contractants" et c'est le fort qui décide pour le faible. Il est destructeur chez nous comme ailleurs. Il est d'autant plus destructeur que son usage se répand. Or un usage fondé sur la cupidité et l'envie se répand fatalement sous la forme d'une exponentielle, c'est un constat d'économie comportementale de base. Nous y sommes en effet, nous le constatons tous les jours.⁴



Les Echos du 11-7-2012, p. 4

- **Ce système d'allocation ou de prise de revenus pervertit le fondement, dénature l'essence, le cœur même de la médecine⁵.** Depuis des millénaires, les hommes considèrent que la médecine n'est pas, ne peut pas être un commerce. Il fallait du tact et de la mesure, de la déontologie, avant l'invention de la sécurité sociale. L'art du tact et de la mesure était difficile et toujours risqué. Collectivement, au cours des siècles, les médecins ne se sont pas trop mal débrouillés et la société acceptait leurs arbitrages.

Avec la Sécurité sociale et la Convention médicale, en France, la médecine a gagné en indépendance au sens qu'on lui donne depuis des millénaires et, plus particulièrement, aujourd'hui, dans notre code de déontologie. Or l'indépendance est aussi une des clefs d'un exercice de qualité. Depuis la Sécurité sociale et la Convention, il n'y a plus de dilemme ("sa" santé, "son" devenir - "mes" revenus...). La question du niveau de revenu ne se traite plus lors du colloque singulier, lieu où se concentrent à la fois tous les risques d'une mauvaise médecine et toutes les chances d'une bonne médecine. Il en est libéré. La question des revenus médicaux se résout maintenant hors du colloque singulier, par le combat syndical et par la négociation collective. Le colloque singulier ne se consacre plus qu'au diagnostic et à la prise en charge, il est libéré des problèmes d'argent et de revenus du médecin. Le médecin n'a plus qu'un patient en face de lui. Il n'est plus face à son problème de revenu. La médecine gagne en indépendance et donc en qualité comme en humanité.

Et voilà que par une habile entourloupe, les responsables publics trouvent la solution pour augmenter les honoraires sans creuser le déficit de la sécurité sociale : ils créent le droit à dépassements. Décision irresponsable dénoncée collectivement sous les grenades reçues sur le pont Alexandre III.

Mais les nécessités résultant d'une politique de revenu insuffisante, inexistante ou contradictoire ⁶, la cupidité naturelle et bien d'autres facteurs encore expliquent ce que le premier étudiant en économie comportementale aurait réussi à prédire. La prudence et le refus se muent, le temps passant, en mimétisme dans la course à l'échalote et l'évolution prend vite la forme d'une exponentielle. A force de se trouver des justifications, souvent réelles, on perd tout sens critique, toute capacité de recul. Puis les phénomènes de mimétisme jouent et les justifications sont oubliées. Nous sommes en train de bousiller une génération de médecins. Les jeunes, il n'y a pas si longtemps, se faisaient libéraux pour gagner en capacité d'initiative et de responsabilité. Ils choisissent de moins en moins ce mode d'exercice et, lorsqu'ils le font, ils le font de plus en plus pour l'argent, presque exclusivement pour lui. Il n'y a qu'à voir leur étonnement et leur incrédulité lorsqu'on leur souligne la nécessité d'investir pour le gagner, en radiothérapie par exemple.

Qui est responsable ? Les concepteurs du système bien sûr. C'est une loi de l'organisation : avant de mettre en place une organisation on doit évaluer les effets pervers engendrés. Si on n'arrive pas à les contrer il ne faut pas mettre en place. Et qu'on ne croit pas que la médecine est à l'abri de dérives dramatiques et rapides. Le XX^e siècle en a donné de maints exemples et les manuels de gestion en sont pleins. Sur les dernières années, la banque, clef du développement des peuples, est devenue origine de leurs malheurs. Les "banquiers" sont en général des gens de haut niveau et qui avaient un grand sens des responsabilités. En quelques années nous avons constaté la dérive : la spéculation qui était pour eux l'abomination de la désolation est devenue leur sport préféré et lucratif⁷. On voit l'immensité des dégâts.

Après le métier de paysan (nourrir l'humanité !), le métier de médecin est un des métiers parmi les plus beaux et les plus utiles à l'humanité. S'arroger le droit de le pervertir, absolument, à la racine, est et doit donc être considéré comme un des summums de l'irresponsabilité des autorités publiques. Il ne peut y avoir ici de régression humanisante, elle ne peut être que déshumanisante. Si le sens de la responsabilité collective existe au niveau de nos dirigeants, il exige de sortir de ce système pervers et mortifère d'une relation médicale qui ne se justifie que si elle est bienfaisante. Il est de leur devoir d'en sortir vite car, attendre, c'est rendre la sortie encore plus difficile pour ceux qui arriveront alors aux affaires.

A leur niveau, la question, alors, est celle du "reste à charge". C'est une question difficile. Mais c'est le devoir et l'honneur des politiques de trouver les équilibres nécessaires pour, tout à la fois, maintenir la paix sociale et trouver les moyens nécessaires au fonctionnement du système et à l'exercice des droits à la santé. C'est pour cela qu'ils ont été élus, pas pour se défaire. Dans notre cas, se défaire de cette responsabilité-là pour en charger le médecin dans le colloque singulier est d'une perversité absolue, constitue un "abus" de droit de la pire espèce.

- **Ce système d'allocation ou de prise de revenus pervertit l'hôpital public.** En instrumentalisant la cupidité naturelle de tout homme pour générer de l'activité ou pour fidéliser des médecins, on avoue son incapacité à réformer l'hôpital, à trouver les organisations fluides, évolutives et responsabilisantes qui fassent que ses salariés s'épanouissent au travail tout en améliorant la qualité et l'efficacité de leurs prestations. C'est un jeu de dupe.

Rajouter à cela le décret scélérat du Ministre Mattéi⁸ qui est revenu sur l'obligation acquise de longue lutte de verser ces honoraires acquis en secteur privé à la caisse de l'hôpital pour se contenter d'une "déclaration" de l'intéressé, c'est le type même de décision absurde et perverse autant que démagogique⁹. Imagine-t-on un cadre de l'industrie arrondir ses fins de mois en utilisant l'atelier ou les moyens de production de l'entreprise pour ses besoins personnels et en tirer profit ? La réponse est non, bien sûr. Elle souligne l'incongruité de l'activité libérale à l'hôpital.

Il n'y a qu'à l'hôpital qu'on considère qu'un professionnel ne peut pas donner sa mesure pour la seule raison qu'il est salarié. Même la CGT a sorti l'abolition du salariat de ses statuts, il y a quelques dizaines d'années. Et c'est une loi bien connue des professionnels de l'organisation : en cumulant les logiques organisationnelles de deux systèmes, on cumule toujours les inconvénients, jamais les avantages de ces systèmes.

Nous, libéraux, devons admiration et soutien à nos confrères du public qui ont le recul, la lucidité et le courage de dénoncer ce système intrinsèquement pervers pour leurs hôpitaux et pour leurs métiers.¹⁰

- **Ce système d'allocation ou de prise de revenus supprime le motif à agir qui était une des forces de l'exercice libéral de la médecine.** Il est donc à contre temps. La crise est là. Les inégalités s'accroissent. Même les responsables du ministère ont adopté les mots "d'efficacité", de "performance" comme des impératifs. Une agence porte même ce nom¹¹ et chaque ARS a au moins un correspondant "performance" !

Or, ce système d'allocation de revenus par dépassements ou compléments dissuade de travailler plus et mieux. On le voit tous les jours dans les cliniques. Elles subissent des effets pervers du type de ceux du budget global à l'hôpital public il y a quelques années. Pourquoi travailler plus si je peux gagner plus ou autant sans travailler plus ? Puis, très vite : pourquoi ne pas travailler moins si je peux le faire à revenus constants ? On entend l'objection : "comment, vous ne trouvez pas que les jeunes ont raison de privilégier leur vie personnelle et leurs loisirs ?" Bien sûr que si, mais la société qui ne sort pas de 10 % de chômage ou presque, la dette qui enfle, les nuages qui s'annoncent sur la vieille Europe, la fantastique capacité de travail des pays émergents ne risquent-ils pas de nous ramener aussi à une autre réalité ? Une réalité très dure en effet, mais qui souligne que le temps n'est certainement pas à gagner plus en travaillant moins.

Ce système de rémunération est donc aussi en porte à faux complet avec les exigences du temps. Il est nécessaire de se remettre en synergie avec elles

pour éviter la violence du boomerang ou d'autres dérives encore. La confusion régnante entre délégation et transfert de tâches en est le signe annonciateur, comme les efforts de la DGOS pour déqualifier certaines de nos activités, l'oncologie médicale par exemple.

- **Conclusion**, à l'évidence,

- il faut sortir de ce système mortifère pour une médecine exercée selon les règles qui en conditionnent la qualité. C'est aussi un préalable au maintien de nos systèmes sociaux.
- il faut sortir de ce système sinon l'exercice libéral de la médecine va disparaître, rapidement. Or, en ces temps de crise, il est plus indispensable que jamais au pays par la productivité qu'il sait générer.
- il faut sortir de ce système car l'hôpital est lui aussi gangrené et les dégâts s'y répandront et s'y étendront inévitablement.
- une décision politique s'impose pour clarifier et objectiver le reste à charge qui doit dépendre d'une décision politique, non d'un commerce inégal, et, dans un système solidaire, être fixé selon des règles collectives claires et connues de tous.
- la politique des revenus mise en place par les pouvoirs publics concernant les métiers soignants doit être assumée par un acteur public et un seul, pour sortir du système où chacun se défausse sur l'autre (Ministère de l'économie, Ministère de la santé, Sécurité sociale, complémentaires...). Cela ne veut pas dire que les professionnels ne gèrent pas ou n'interviennent pas dans la répartition de l'enveloppe qui leur est allouée par la nation...
- les « abus » ne sont pas le sujet. Il faut traiter la délinquance comme telle. « Limiter » les abus est une perversité de plus : c'est, par une stratégie de maquillage, le meilleur moyen de généraliser ou d'amplifier le système. Si l'on tient vraiment au terme d'abus, c'est le système qui est au sens strict « abusif » et qu'il faut alors « traiter ». De même, laissons la morale et l'éthique à leur place. Régulons d'abord le système, la morale ne s'en trouvera que mieux.

Tout cela est nécessaire, indispensable... et encore possible. On n'est pas dans le "yaka fautqu'on". On est dans une exigence de fond qui est techniquement et financièrement possible et organisable avec un peu de volonté politique et de savoir faire technique. A défaut, on est face à une dégradation majeure de notre système de santé et de l'exercice de la médecine. Il faut donc choisir. En fait, au-delà des postures de circonstances, tout le monde ou presque y est prêt. Seules manquent une volonté politique claire du Ministère de Tutelle et la nécessaire concertation technique et financière sur le "comment" et sur l'officialisation de la répartition de la charge de ce qui est déjà payé. Mais le temps presse, plus que jamais.

Où en est-on cette semaine ?

Durant la campagne, **François Hollande** avait promis de s'attaquer au problème. Il a surtout parlé de "limitation". Cette semaine les prises de position se sont multipliées. On a l'impression que chacun fourbit ses armes.

Le **Conseil des Ministres** de mercredi évoque le sujet, ce qui est une manière d'en souligner l'importance. "Le gouvernement poursuit deux objectifs : le premier est de mettre un terme d'ici à la fin de l'année 2012 aux dépassements abusifs et de renforcer leur sanction. Le second est d'assurer l'accès aux soins en endiguant la progression des dépassements et en favorisant cet accès aux tarifs de la Sécurité sociale" précise la porte-parole du gouvernement, Najat Vallaud-Belkacem, lors du compte rendu.¹²

Mercredi, **Marisol Touraine**, a adressé une lettre de cadrage au Conseil d'administration de la CNAM.¹³

Une première réunion entre la CNAM, les syndicats de praticiens libéraux et les organismes complémentaires (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance) est prévue pour le 25 juillet.

L'assurance-maladie, dans une note à son Conseil, rappelle son souhait, déjà formulé en 2011, de mener une "réforme structurelle" face au "poids de l'exercice en secteur 2 pour les médecins spécialistes" et à "la progression constante du niveau des dépassements d'honoraires depuis plusieurs années"¹⁴.

La presse relaie largement le sujet. Le Monde en fait sa une le 11 juillet¹⁵.

Marisol Touraine est très présente sur les médias. Elle martèle sur la limitation des dépassements "abusifs", sur la nécessité de "fixer les critères permettant de les caractériser"¹⁶. Sur iTélé, mercredi, elle déclare : "Il faut trouver un mécanisme de sanction qui soit directement applicable sans passer par le Conseil de l'Ordre (...), des sanctions qui soient très fermes pour être dissuasives". "Les sanctions qui seront appliquées aux médecins qui abusent des dépassements d'honoraires constitueront un des enjeux de la négociation"¹⁷. Si cette négociation "n'aboutissait pas à des résultats suffisants", le gouvernement prendrait à l'automne 2012 les mesures nécessaires dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013. "Exemplarité et moralisation" titre iTélé. Sur Europe 1 elle affirme que "les Français en ont assez et expriment leur agacement", "qu'il y a besoin de moralisation" et que "le gouvernement précédent s'était largement accommodé de la situation existante". "La sanction doit pouvoir aller jusqu'à ce qu'on appelle le déconventionnement [...]".¹⁸

Marisol Touraine fait publier un **dossier de presse** par le **Ministère**. Il est constitué de trois fiches : "pourquoi encadrer les dépassements d'honoraires ?" ; "quels sont les objectifs ?" ; "quelle est la méthode retenue ?" "Il est aujourd'hui nécessaire, comme s'y est engagé le Président de la République, de sécuriser l'accès aux soins de tous les Français, en encadrant les

dépassements d'honoraires." Il faut "mettre un terme aux dépassements abusifs" et "améliorer l'accès aux soins". "Cela implique [...] de travailler dans la durée sur la politique de rémunération des soins médicaux : cette politique devra répondre aux objectifs du gouvernement : mieux valoriser les soins de proximité, faciliter l'accès de tous à des soins de qualité et mieux tenir compte des évolutions des pratiques pour les soins spécialisés." "Résoudre les problèmes posés par les dépassements en termes d'accès aux soins ne peut se faire sans un engagement conjoint des médecins, de l'assurance-maladie et des complémentaires santé." Le dossier se termine par une série de cartes difficilement compréhensibles où l'on compare la "Part d'actes réalisés au tarif opposable en activité libérale" et la "Part d'actes réalisés dans le public". On a en effet du mal à voir ce qui est "comparable" entre ces deux approches...¹⁹

En ce qui concerne l'**activité libérale des praticiens hospitaliers à l'hôpital**, une commission de concertation va être installée. "Avant l'automne", elle devra rendre des propositions visant à "limiter le niveau de dépassement pour les consultations privées et garantir aux patients d'obtenir des rendez-vous dans les délais acceptables pour les consultations publiques".²⁰

Le Lien quant à lui pose la question "et pourquoi pas revenir à une tarification unique, une tarification la même pour tous ? Celle remboursée par l'assurance-maladie, avec des honoraires justes et revalorisés, et mettre en place un système de meilleure régulation garantissant l'accès à tous, dans les mêmes conditions de délai et sans condition de ressources, [...]".²¹ Le Lien est pratiquement la seule organisation de patients à être toujours présente sur cette question. Il le prouve une fois de plus.

L'association **UFC-Que Choisir** a fait savoir jeudi qu'elle apprécierait que les usagers soient associés à la négociation sur la régulation des dépassements d'honoraires des médecins libéraux. Elle réclame aux pouvoirs publics de trouver "une solution globale aux dépassements d'honoraires" en transformant les négociations à venir "en un réexamen de la rémunération de tous les actes médicaux, à la hausse comme à la baisse", tout en associant les représentants des usagers aux discussions. Elle rappelle que "les consommateurs et usagers du système de santé en sont pour l'instant exclus, alors qu'ils sont les financeurs de ces dépassements", dont deux tiers ne sont pas pris en charge par les complémentaires. L'UFC-Que Choisir déplore la proposition de Marisol Touraine de ne sanctionner que les dépassements les plus abusifs : "Les récentes déclarations de la ministre de la Santé laissent craindre que la seule voie réellement envisagée pour améliorer la situation consiste en la sanction des dépassements les plus abusifs. C'est méconnaître la réalité rencontrée par des millions de patients dont les difficultés naissent d'une succession de dépassements de moindre ampleur. Pour sortir par le haut de cette impasse et ne pas renouveler l'erreur du secteur optionnel, mort-né faute de soutien de la part des différentes parties prenantes, le gouvernement doit sans attendre élargir la focale et penser, avec tous les acteurs, une solution globale aux dépassements d'honoraires."²²

Le Bloc réitère ses propositions d'un engagement du praticien sur un "tarif plafond", associé à un engagement "sur un tarif plancher minimal de remboursement des dépassements" par les complémentaires. Il "s'interroge sur la volonté de la Ministre de confier la responsabilité de ces négociations aux partenaires conventionnels qui n'ont pu trouver de solution sous le précédent gouvernement"²³

Michel Chassang exprime son inquiétude. La masse en jeu, 2,5 milliards, lui semble hors de portée du financement collectif.

Le Nouvel Observateur, fidèle soutien des hospitaliers les plus réactionnaires et corporatistes, donne la parole à un professeur de Cochin, le Dr Michaël Peyromaure : "S'attaquer aux dépassements d'honoraires : moi, médecin, j'y suis opposé". "Uniformiser les tarifs est une mesure vexatoire : si un praticien, dont les études ont été longues et dont les responsabilités sont importantes, décide de fixer lui-même ses tarifs, pourquoi l'en empêcher ? Au nom de quel principe ?" La conséquence est claire : "La vraie question est de savoir si notre système d'assurance-maladie est encore compatible avec le coût de la médecine moderne."²⁴

Le Quotidien du Médecin croit savoir que "**le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM)** qui a débattu pendant près de 4 heures des orientations de la prochaine négociation sur l'encadrement des dépassements d'honoraires, se réunira une nouvelle fois le 19 juillet." "Un consensus s'est dégagé pour rendre possible ces sanctions sans saisir le conseil de l'Ordre". "La conclusion d'un contrat d'accès aux soins a également été entérinée pour les praticiens du secteur II. Ces derniers s'engageraient à réaliser une part de leur activité au tarif opposable et seraient autorisés à réaliser un dépassement limité sur le reste de leurs actes. Un dispositif qui ressemble à s'y méprendre au secteur optionnel auquel s'oppose le gouvernement" souligne le Quotidien.²⁵

Le Conseil de l'Ordre est étrangement silencieux, même pour rappeler que l'assurance-maladie ne lui donne pas les informations dont il a besoin pour sanctionner...

Dans son courrier à la CNAM, **Marisol Touraine** dit vouloir "proposer aux médecins de secteur 2 un "contrat" incluant des engagements de limitation des dépassements d'honoraires et d'accès aux soins à tarifs opposables".

Etienne Caniard, Président de la Mutualité Française, affirme dans une interview importante parue dans Les Echos que "*la Mutualité ne signera pas d'accord sans revalorisation des tarifs des médecins*". "*Les juguler [les "dépassements excessifs"], c'est symboliquement important. [...] Le vrai problème, c'est la banalisation des dépassements*". "*Il faut d'abord revaloriser les tarifs des médecins qui exercent en secteur 1, appliquant les tarifs de la Sécurité sociale. Il s'agit des trois quarts des praticiens, ils ne doivent pas être pris en otage par une minorité qui abuse du système. La Mutualité ne signera pas d'accord qui les laisse au bord du chemin. Il faudra ensuite organiser une convergence vers les tarifs du secteur 1 pour permettre un retour à terme à*

des tarifs remboursés par la Sécurité sociale et les mutuelles. Cela ne sera pas facile. On ne réglera pas en quelques mois une dérive qui a commencé il y a trente-deux ans avec la création du secteur 2. Procédons par étapes. La première serait de prévoir une prise en charge totale, par la Sécurité sociale et les complémentaires, des actes effectués dans le respect du parcours de soins. En prévoyant le tiers payant intégral pour les patients, qui n'auraient plus à faire l'avance des frais."²⁶ Il faut bien dire que sa hauteur de vue tranche agréablement...

Autrement dit, les choses sont mal parties ?...

La question se pose en effet.

La Ministre excite tout le monde en parlant sans arrêt, et souvent de façon sentencieuse, "d'abus" et de "sanctions", sans aborder le problème de fond. Plus que les "abus" d'une minorité qu'il faut sanctionner, c'est le système qui est "abusif". Cela, jusqu'à maintenant, elle ne l'évoque hélas jamais. Pour paraphraser Marylise Lebranchu qui déclarait à propos de la RGPP : "*la RGPP n'est pas une méthode mais une posture politique*"²⁷, la Ministre donne plus l'impression de s'arc-bouter sur une posture que de vouloir traiter des problèmes dont elle a pourtant la charge. Elle prend ainsi le risque, le moment venu, de ne pas pouvoir fédérer sur un sujet aussi difficile que passionnel. Elle fait du sujet un problème de "morale" et non de cohérence dans le système d'allocation de ressources. Elle se défausse de ses responsabilités en chargeant uniquement les médecins qui, la plupart sans "abuser", ne font qu'utiliser les règles et les moyens dont elle a maintenant la charge et qu'elle leur offre, sous sa responsabilité. Elle prend donc le risque de se voir accusée de ce dont elle accusait ses prédécesseurs ("*le gouvernement précédent s'était largement accommodé de la situation existante*"²⁸), puisqu'elle suggère de garder la situation existante en la ripolinant un peu sur les seuls "excès". Elle prend aussi le risque de biaiser la négociation : est-ce bien aux contrevenants de "négocier" le système de sanctions, qui plus est dans un cadre plus qu'ambigu, puisqu'il cautionne de fait un système lui-même parfaitement abusif.

Pourtant, on veut croire que rien n'est encore perdu.

La Ministre vient d'arriver, elle, ou ses équipes n'ont peut-être pas encore eu le temps de prendre la mesure des problèmes.

Les consommateurs montent en puissance et même si ça n'est pas dans la tradition française de s'appuyer sur les consommateurs en matière d'organisation du système de santé, il faut bien dire que, sur ces sujets, ils sont plus mûrs et moins pusillanimes que les associations de patients.

L'assurance-maladie, nous l'avons vu, se dit prête à mener une "*réforme structurelle*".

Surtout, la Mutualité est sur une position éminemment responsable. On voit bien naître la suggestion d'un petit commerce : mettez-moi officiellement dans un dispositif tripartite, et je suis prêt à payer pour cette entrée. Mais après

tout, est-ce choquant ? Nous plaidons ici pour l'instauration d'un système de bouclier sanitaire qui réduirait les coûts du système, mettrait de la transparence dans la gestion du reste à charge et de la solidarité nationale, créerait un outil de régulation souple et efficace, ne contredirait en rien la modulation des cotisations en fonction des revenus... La seule question, elle est institutionnellement de taille, c'est que les Mutuelles pourraient alors perdre une grande partie de leur raison d'être. Mais on ne peut tout régler d'un coup. Une fenêtre s'ouvre pour régler, enfin, la question des dépassements d'honoraires. Les Mutuelles sont prêtes à participer. L'équité voudrait que ce qui a été acquis ne soit pas repris, personne ne le demande d'ailleurs. La justice et un peu d'habileté politique permettrait d'en faire du grain à moudre pour la négociation conventionnelle pour que sorte, enfin, la CCAM clinique. Ce serait sans doute difficile pour les médecins de se répartir de façon cohérente la manne qu'ils ont acquis, mais ce serait logique, comme cela se fait en Allemagne, qu'ils participent à la décision de répartition de l'enveloppe que leur donne le pays sur les actes qu'ils font. 2,5 milliards déjà payés, de fait, par la nation, ça n'est pas rien. Leur recyclage responsabiliserait tout le monde et permettrait de sortir enfin de ce système infernal. Par le haut, dans l'honneur pour tous et sans coût supplémentaire pour la nation.

Il est donc temps de se ressaisir.

La fenêtre qui s'ouvre est un peu inespérée. Si nous ne nous montrons pas à la hauteur pour mettre de l'ordre dans ce dossier, on en reprendra pour des années, les dégâts seront exponentiels et il sera encore plus difficile d'en sortir. Il y a urgence, comme depuis des années, mais le problème devient tel que les politiques se voient enfin contraints de s'y pencher. Si l'occasion n'est pas saisie, la gauche qui soupçonnait depuis quelques années la droite "*de faire en sorte que la sécurité sociale ne puisse plus payer*", se verra rapidement soupçonnée des mêmes travers, pour le plus grand malheur du pays. Pour l'instant, personne ne peut dire que nous ne trouverons pas dans les semaines qui viennent, la lucidité, le courage, l'habileté, l'entregent, la compétence technique, le sens de l'intérêt général et du service public nécessaires pour résoudre ce problème. L'enjeu est bien de permettre à l'exercice libéral de la médecine d'être dans l'avenir aussi utile au pays qu'il a su l'être dans le passé et qu'il l'est encore, malgré ses immenses problèmes. En conséquence, l'enjeu est aussi de sauvegarder notre système social solidaire et d'en refaire le "*meilleur au monde*". Mais il y a du pain sur la planche !

Quelques devoirs de vacances !

L'été est là, du moins dans le sud. Ne voulant pas perdre la main sur les innombrables dossiers évoqués cette année et compte tenu des travaux en cours, plusieurs lecteurs nous ont demandé de leur fournir quelques "devoirs de vacances". Ce n'est pas forcément notre rôle nous avons donc longuement hésité, mais, devant l'insistance de certains, nous vous en proposons trois cette semaine. Bien sûr ces exercices sont purement volontaires. Il s'agit en fait de

quatre études de cas. Elles se situent dans quatre champs différents : l'éthique, la gestion d'entreprise, la gestion de production et l'histoire. Bien sûr aussi toute ressemblance avec tel ou tel aspect caractéristique de notre système de santé serait le fruit du hasard et parfaitement indépendant de la volonté de l'auteur. Précisons aussi que toute ressemblance avec le débat des dépassements d'honoraires serait fortuite. Il ne faut pas tout confondre ! Ce ne sont que des exercices d'été. Il n'y a pas de QCM à la sortie ! Ils ne sont pas non plus sortis des annales des ECN !

Vous trouverez donc ces exercices sous forme de "devoirs de vacances" dans des encadrés afin de ne pas les confondre avec les thèmes de cette "Chronique".

Devoir de vacances n° 1
Éthique
Le débat sur la bonbonnière
Qui est responsable ?

Dans une famille nombreuse, un peu rigide et autoritaire, où tout ou presque est codifié par des règles, les parents imposent une hygiène de vie assez draconienne. En particulier le sucre est pratiquement banni des repas familiaux.

Par ailleurs, une tradition familiale perdure. La bonbonnière est à l'étage des chambres des enfants.

Les enfants ont grandi. Depuis quelque temps les parents expriment leur agacement car, le matin, la bonbonnière est très souvent vide. Les parents font des leçons de morale aux enfants et dénoncent la consommation "abusives" de bonbons. Le Père dit qu'il va sévir si la situation perdure. La Mère pousse les enfants à être plus "responsables" et leur demande de fixer le nombre de bonbons qui doivent rester dans la bonbonnière, le matin, pour qu'on puisse considérer qu'ils n'ont pas abusé de la situation. Mais les enfants ne sont pas d'accord entre eux. En particulier les "grands" et les "petits" ne défendent pas le même point de vue.

Le soir les Parents font le point. Pour eux, ça ne peut pas durer. Ils décident que si les enfants ne se mettent pas d'accord entre eux pour faire cesser ces "comportements abusifs", ils fixeront eux-mêmes de nouvelles règles. Pour "leur mettre la pression" ils les préviennent que, si c'est le cas, ils assortiront ces règles de "sanctions qui soient très fermes pour être dissuasives", tout en respectant la tradition en laissant la bonbonnière à l'étage.

Vous récapitulerez les termes du débat qui s'instaure entre le Père et la Mère sur la nécessité qu'ils expriment de "moraliser" la consommation de bonbons dans la famille et vous essayerez de délimiter ce qui ressort véritablement du champ éthique dans cette question.

Devoir de vacances n° 2
Gestion d'entreprise
La fin imprévue d'une brillante PME
Compléments de revenus ?

Une PME jouit d'une grande réputation dans sa ville. Depuis de longues années elle se développe bien. Elle crée des emplois. Ses produits sont réputés et de grande qualité. Les banques accompagnent sans problème la croissance de l'entreprise qui est souvent citée comme un modèle.

Mais la crise est là et, pour la première fois, les ventes sont un peu molles. Rien d'inquiétant, mais les plans de développement ont été basés sur un niveau de vente un peu plus fort que ce qui est constaté depuis quelques mois. Le PDG décide de dynamiser un peu ses ventes et pour cela il veut stimuler ses commerciaux. Il pense que le temps est arrivé de mettre en pratique une idée d'intéressement qui lui trotte dans la tête depuis un moment. Son équipe est excellente et l'ambiance est très bonne. Ses commerciaux sont plutôt bien payés et, comme cela arrive souvent dans les PME, ce sont chez eux qu'on retrouve les plus hauts salaires de l'entreprise. Pour sauvegarder l'équilibre de l'entreprise et ne pas accroître la hiérarchie des salaires, le PDG propose aux commerciaux la liberté de vendre un peu plus cher qu'au tarif officiel. Les "dépassements" de tarifs ainsi récupérés seront pour eux. On en discute en séminaire. Tout le monde est d'accord pour que ces "dépassements" se fassent avec "tact et mesure", à la libre appréciation du vendeur, en fonction du client qu'il a en face de lui. L'entreprise comme les salariés, chacun y voit son intérêt, comprend les enjeux. Le comité d'entreprise approuve. Il a bien perçu la double nécessité de fidéliser et de dynamiser encore plus les commerciaux. Tout le monde sait que certains clients sont prêts à payer plus cher. Le bureau d'étude propose même de développer une gamme spécifique pour les clients les plus aisés. Le dynamisme de la maison ne faiblit pas, bien au contraire.

Or il se trouve que, quelques mois après, cette brillante PME, est contrainte de déposer son bilan.

Vous essaieriez de retrouver les causes de cette faillite aussi soudaine qu'imprévue. Vous essaieriez ensuite de pointer les responsabilités, s'il y en a.

Devoir de vacances n° 3
Gestion de production
Le PDG et l'atelier
Un secteur privé ?

Le PDG de cette PME de mécanique de précision est resté très proche de son atelier et de ses salariés.

Pour leur faire plaisir il les autorise, sur des plages horaires bien précises, à utiliser l'atelier pour leurs bricolages personnels. Le patron fait de même, il s'avère d'ailleurs très doué.

Hélas la PME fait très rapidement faillite. Elle est heureusement reprise. Tout le monde est soulagé. Mais le nouveau patron suscite très vite une forte hostilité : il revient sur les avantages acquis en fermant l'atelier aux heures de libre utilisation par le personnel. Il a des mots très durs, parle de coulage et de responsabilités dans la faillite de l'entreprise. Le personnel en est très perturbé. Pourtant l'entreprise se redresse.

Vous rechercherez et exposerez les causes du redressement.

Devoir de vacances n° 4
Histoire
Peut-on expliquer une constante ?
La santé est-elle une exception ?

Au cours de l'année, en cours d'histoire, nous avons exposé plusieurs cas de métiers qui se sont trouvés en grande difficulté. Les exemples ont été pris à différents moments de l'histoire et dans différentes civilisations. Lors des travaux pratiques nous avons pu dégager plusieurs constantes. Il s'agissait de corps de métiers qui s'auto-allouaient leurs revenus à partir de financements publics. Presque toujours, il s'agissait d'élites bien formées. Souvent aussi ces élites bénéficiaient d'un code de déontologie bien adapté. Ces codes faisaient par exemple ressortir des notions comme le "tact et la mesure" dans les prélèvements monétaires qui étaient autorisés dans l'exercice du métier. Le respect de ces codes de déontologie était garanti par l'application de sanctions qui, dans plusieurs cas, étaient effectivement appliquées avec rigueur. Le contexte sociologique montrait souvent l'acceptation apparente des bénéficiaires des biens et surtout des services des métiers concernés. On peut même considérer que souvent, l'exercice de ces métiers conférait un statut de "notable" à celui qui l'exerçait.

Nous avons pourtant constaté que, toujours, l'histoire de ces métiers finissait dans le tragique. Certains ont disparu et sont encore aujourd'hui considérés avec horreur. Lorsque le métier était indispensable à la société, la puissance publique, quelle qu'en soit la forme, le récréait mais sous un nom et avec des règles d'allocation de revenus entièrement nouveaux. Une autre constante est que le jour où la société se retourne, toujours violemment, contre les représentants de ces métiers, ce sont eux qui sont incriminés et pratiquement jamais les autorités publiques qui sont à l'origine de leur statut et de leurs méthodes de travail.

Vous tenterez d'expliquer ce qui apparaît comme une loi historique : la disparition, souvent violente, de métiers utiles à la société mais dont les membres avaient le droit de s'auto-allouer leurs revenus alors qu'ils étaient chargés d'une mission que nous appellerions aujourd'hui de service public. Vous pouvez illustrer en citant des exemples. Essayez alors de sortir de l'exemple toujours pris des collecteurs d'impôts, qu'ils soient romains, français ou autres. Si d'aventure vous prenez des exemples en médecine contemporaine, prenez bien soin de rester confraternels... Et de choisir votre exemple dans le statut qui n'est pas le vôtre, ce sera plus simple et moins suspect.

Pas de chaîne de télévision consacrée au vin...

C'est un tout autre sujet, mais dans l'actualité chargée de la semaine il nous a paru important de le relever car il risquait de passer inaperçu. **Le Conseil d'Etat a annulé mercredi l'autorisation d'une chaîne de télévision thématique consacrée au vin et à la viticulture**, Deovino, pour infraction à l'interdiction de la publicité et de la promotion pour l'alcool.²⁹

Ouf ! Merci le Conseil d'Etat est-on tenté de dire, au nom de tous les malades et les malheurs ainsi évités !

Le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) avait autorisé le 31 mai 2011 cette chaîne payante, destinée à être diffusée sur l'ADSL et le câble mais non lancée à ce jour. *"La grille des programmes exclut la dimension publicitaire et promotionnelle du vin et des boissons alcooliques et ne comprend pas d'éléments spécifiquement laudatifs, complaisants ou promotionnels en faveur du vin et des boissons alcooliques"*, indiquait alors le CSA.

Le Conseil d'Etat a jugé que la diffusion du programme, même avec les *"conditions restrictives"* inscrites dans la convention, *"impliquerait une violation de l'interdiction, prévue par la loi, de toute propagande, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques sur les services de télévision"* qui résulte de l'article L3323-2 du code de la santé publique.

Eh oui ! C'est le droit... et, pour nous en cancérologie, cette décision est aussi importante que quelques milliards pour la recherche !

Un second projet de chaîne spécialisée va repasser devant le CSA. On espère que ce dernier, dûment averti, prendra la décision de ne pas autoriser, sur les mêmes motifs, sans être dupe des arguments des demandeurs, et sans attendre un appel devant le Conseil d'Etat. C'est ce concurrent se jugeant malmené qui avait déposé une demande d'annulation. Très bien, sur ce plan-là au moins il aura été utile, mais on s'étonne qu'il ait été le seul à contester cette décision du CSA...

¹ CSA : Conseil supérieur de l'audiovisuel

² Faut-il rappeler le sauvetage du PMSI au début des années 90 par les cliniques alors qu'il était rejeté par les hôpitaux, la mise sous enveloppe sans attenter à la concurrence avec l'OQN préfigurateur de l'ONDAM, le long combat sur le "chaînage" pour répondre à l'objection selon laquelle nous massacrons les patients que l'hôpital était obligé de réparer, la

reconnaissance et la réglementation de l'avenir de la chirurgie, la chirurgie ambulatoire, la création de l'ANAES pour donner corps à une évaluation commune, tous statuts confondus, les dix ans de combat entre la promesse de la T2A et le passage à l'acte qui, de fait a sauvé l'hôpital en lui redonnant le goût de l'activité, etc... Nous en sommes à la pertinence des actes. Allons-y que diable ! Qu'est-ce qu'on nous trouvera ensuite ? Sortira-t-on un jour de l'éternel et stupide "*les patients ne sont pas les mêmes*" en justifiant cette affirmation par le fait que les cliniques ne font pas ce qu'on leur interdit de faire ! Sortira-t-on un jour du mythe de la sélection des patients rentables à l'entrée des cliniques ? Saura-t-on un jour que les tarifs sont fixés par la Tutelle ?

- ³ On sait l'exercice de la médecine particulièrement vulnérable. En prise avec la vie et la mort, elle est à la confluence des trois grandes tentations du pouvoir, du sexe et de l'argent, alors même qu'on peut rarement encore l'évaluer selon ses résultats. D'où l'importance particulière de la déontologie et de l'éthique médicale. Sur l'argent dans la pratique médicale, la Grèce et beaucoup d'anciens pays de l'Est rappellent notre vulnérabilité.
- ⁴ L'UNCAM a publié cette semaine un document intitulé "*Orientations pour les négociations conventionnelles avec les médecins, premier débat*". Il s'agit de l'information la plus récente sur le sujet. Pour l'instant ce document n'est pas encore disponible. D'après ce qu'en dit la presse, "*les dépassements d'honoraires médicaux restent stables en 2011, à 2,4 milliards d'euros (assurance-maladie)*". Cela ne contredit pas le fait que "*le total a plus que doublé en 20 ans chez les spécialistes : il s'élevait à 900 millions d'euros en 1990*". "*Le document rappelle que les nouvelles installations renforcent le développement du secteur 2, puisque six nouveaux médecins sur 10 l'ont choisi en 2010 et 2011 (85 % des nouveaux chirurgiens, 76 % des ORL, mais seulement 2 % des omnipraticiens et 45 % des pédiatres)*". "*Le taux de dépassement moyen est passé de 23 % du tarif de la Sécu en 1985 à 55% en 2011*". Cf. APM du 10 juillet 2012, nc/ab/APM polsan - NCPGA003 10/07/2012 19:23 ACTU ou Vincent Collen - *Tarifs des médecins : toujours plus de dépassements* - Les Echos du 10/07/12
- ⁵ Il n'y a pas débat là-dessus entre médecins. Parmi eux, même les opposants à la médecine libérale savent bien qu'on touche au fondamental. Rappelons-nous le Pr D. Maraninchi, ancien Président d'une Fédération, celles des Centres anticancéreux, dont les médecins n'ont pas le droit d'avoir d'activité "libérale", qui, en tant que Président de l'INCa s'est toujours opposé à nos demandes de soutien pour faire interdire les dépassements en oncologie, sous un prétexte unique et plusieurs fois répété : "*Je ne suis pas là pour défendre vos intérêts corporatistes*"... Mais cela vaut explication dans la "société civile", car la médecine, comme tout métier, a des spécificités dont le respect conditionne la qualité.
- ⁶ Cf., entre autres, le colloque du Bloc en avril dernier. Les documents supports sont téléchargeables sur <http://www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org/> sur l'onglet "*Compte rendu colloque du BLOC sur les dépassements d'honoraires (6 avril 2012)*".
- ⁷ Cf. cette semaine l'enquête du Monde : Yves Eudes - *Les rebelles de Wall Street* - Le Monde du samedi 14 - dimanche 15 juillet, p. 19.
"*Ce qui se passe à Wall Street est de pire en pire. Les banquiers sont devenus des prédateurs, des parasites. Face à eux, les agences de régulation sont si faibles qu'elles n'osent pas se servir de leurs pouvoirs.*"
- ⁸ Décret n° 2005-20 du 11 janvier 2005 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
J.O. n° 10 du 13 janvier 2005 page 557 texte n° 19. Ce décret revenait sur l'article R. 714-28-12 en le rédigeant ainsi (extrait) : "*Les praticiens qui choisissent de percevoir directement leurs honoraires fournissent au directeur de l'établissement public de santé un état récapitulatif de l'exercice de leur activité libérale...*".
L'appel lancé aux candidats à l'Élysée, cité ci-après, disait qu'en attendant la suppression du secteur privé à l'hôpital, "*Dans un souci de transparence nécessaire au contrôle du respect de la loi, nous proposons que l'ensemble de ces honoraires soit versé à la caisse de l'hôpital ou de l'université qui, après avoir prélevé une redevance, reversera la part due*

- aux praticiens". Un impératif de bon sens, en effet !
- ⁹ Sur le sujet, signalons la parution cette semaine du *Rapport 2010 de la Commission Centrale de l'Activité Libérale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*. Cf. mail UNHPC 12/441 du vendredi 13 juillet 2012
- ¹⁰ Parmi les initiatives récentes, rappelons "L'appel lancé aux candidats à l'Élysée" par 200 médecins du public et publié dans Libération du 20 mars 2012. Le titre du commentaire de Libération était : "Hôpitaux : le privé empoisonne le public"...
Ce manifeste disait entre autres : "Cependant la tolérance actuelle de ces dérives est interprétée par la population comme une complicité. C'est pourquoi nous demandons au gouvernement d'examiner avec les professionnels les conditions pour que soit mis fin à l'exercice privé au sein de l'hôpital public. Cette suppression devrait être accompagnée, selon nous, de mesures visant à répondre aux raisons qui ont expliqué son maintien..."
Après nous être félicités de cette initiative, nous avons aussi, à l'époque, regretté le sectarisme anti-privé affirmé dans ce manifeste. Il s'agissait sans doute d'un carburant qui leur était encore nécessaire pour sortir de l'épouvantail de leur propre tentation de cupidité et de "manquements à l'éthique". En creusant les justifications médicales, organisationnelles et déontologiques de leur position, ils trouveront un jour, n'en doutons pas, matière à alliance avec les libéraux pour une défense conjointe d'une même conception de la médecine et du service public, exercés sous des statuts différents. Cf. mail UNHPC 12/207 du lundi 26 mars 2012
- ¹¹ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ¹² Le Figaro - *Dépassements d'honoraires : fin des abus dès cette année* - 11/07/2012
Cf. : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/07/11/18627-depassements-dhonoraires-fin-abus-cette-annee>
- ¹³ Cf. Vincent Collen - *Tarifs des médecins : toujours plus de dépassements* - Les Echos du 10 juillet 2012 ; *Médecins : les dépassements de tarifs progressent encore* - Les Echos du 11 juillet 2012 ; *Médecins : un « contrat » pour limiter les dépassements de tarif* - Les Echos du 13 juillet 12
- ¹⁴ APM - *Les dépassements d'honoraires médicaux restent stables en 2011, à 2,4 milliards d'euros (assurance maladie)* - nc/ab/APM polsan - NCPGA003 10/07/2012 19:23 ACTU
- ¹⁵ *La santé n'a pas le même prix d'une région à l'autre* - Le Monde du 11 juillet 2012, p. 1
- ¹⁶ APM - *Communication sur l'encadrement des dépassements d'honoraires en conseil des ministres* - vg/hm/APM polsan - VGPG001 11/07/2012 11:25 ACTU
ou Vincent Collen - *Médecins : Marisol Touraine s'attaque aux dépassements « abusifs »* - Les Echos du 11/07/12
Cf. aussi : "Le premier objectif est de définir dès à présent les critères permettant de qualifier les dépassements abusifs et d'y mettre fin." Dossier de presse du Ministère - L'encadrement des dépassements d'honoraires - 11 juillet 2012 - p. 6, Fiche 2 : quels sont les objectifs ?
- ¹⁷ *Dépassements d'honoraires : un accord d'ici l'automne - Exemplarité et moralisation, Marisol Touraine sonne la charge contre les dépassements d'honoraires des médecins*.
A écouter sur : <http://www.itele.fr/video/depassements-dhonoraires-un-accord-dici-lautomne>
Cf. aussi : APM - *Dépassements d'honoraires : Marisol Touraine attend "des sanctions très fermes" en cas d'abus* - eh/hm/APM polsan - HMPGB001 11/07/2012 09:15 ACTU
Ainsi que : APM - *Communication sur l'encadrement des dépassements d'honoraires en conseil des ministres* - vg/hm/APM polsan - VGPG001 11/07/2012 11:25 ACTU
- ¹⁸ Marisol Touraine, jeudi 12 juillet 2012 sur l'antenne de la radio Europe 1.
A écouter sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/depassements-touraine-brandit-la-menace-du-deconventionnement?ku=Ev8DwEv5-E7ax-D76v-898D-zy7856yC6Bya#utm_source=lequotidiendumedecin&utm_medium=email&utm_campaign=news_derniere_heure_qdm
Cf. aussi l'article du Quotidien du Médecin qui part de cette intervention à la radio : S. L. -

Dépassements : Touraine brandit la menace du déconventionnement - Le Quotidien du Médecin du jeudi 12 juillet 2012

A la suite de cet article, le courrier des lecteurs du Quotidien du Médecin est abondant et chaud ! On y trouve aussi des messages du genre :

« *Oui à la suppression du secteur 2, déconventionnement pour ceux qui le souhaitent. Stop au secteur privé dans les hôpitaux. La prison pour ceux qui pratiquent les dessous de table.* » Le 13/07/2012 à 14h18 - Profession : Médecin

« *SVP : en France acceptons une seule chose : le secteur 2 n'existe qu'en France ! Parce que les politiciens français n'ont jamais voulu gérer simplement la médecine, enjeux de querelles politiciennes incessantes. Une seule solution: regardez ce qui se passe en Allemagne, faites la même chose, et qu'on cesse ces débats stériles.* » Le 13/07/2012 à 14h13 - Profession : Médecin

- ¹⁹ Dossier de presse du Ministère - L'encadrement des dépassements d'honoraires - 11 juillet 2012

Téléchargeable sur : http://static.hospimedia.fr/11_07_12_dossier_de_presse_marisol_touraine_depassements.pdf

Curieusement on ne trouve pas ce dossier de presse sur le site du Ministère.

- ²⁰ Vincent Collen - *Médecins : Marisol Touraine s'attaque aux dépassements « abusifs »* - Les Echos du 11-7-2012

On est par ailleurs heureux d'apprendre que la nouvelle Commission ait pour mission de trouver de solutions pour "garantir" des "délais acceptables"... On a hâte d'en savoir plus !

- ²¹ Le Lien - *Dépassements d'honoraires : une alerte CNAM* - Communiqué du 11-7-2012

Cf. : http://lelien-association.fr/site/tiki-read_article.php?articleId=158

- ²² Que Choisir - *Négociations sur les dépassements d'honoraires - Le gouvernement s'honorait à une négociation élargie* - Communiqué du 12 juillet 2012

Cf. : <http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/communiqu-e-negociations-sur-les-depassements-d-honoraires-le-gouvernement-s-honorait-a-une-negociation-elargie>

- ²³ *Dépassements d'honoraires et secteur 2 : le syndicat Le Bloc s'interroge sur la volonté de faire aboutir les négociations* - Communiqué de presse du 10/07/2012

Cf. <http://www.syngof.fr/site/pages/?all=actualites&id=384>

- ²⁴ Michaël Peyromaure, Prof. hôpital Cochin - *S'attaquer aux dépassements d'honoraires : moi, médecin, j'y suis opposé* - Le Nouvel Observateur du 12-7-2012

- ²⁵ CH. G. - *Dépassements : le conseil de l'UNCAM se réunira à nouveau le 19 juillet* - le Quotidien du Médecin du 12/07/2012

- ²⁶ Vincent Collen - *"La Mutualité ne signera pas d'accord sans revalorisation des tarifs des médecins"* - Interview d'Etienne Caniard, Président de la Mutualité Française - Les Echos du 12-7-2012

- ²⁷ *"Comme l'a précisé Marylise Lebranchu, ministre de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique, lors de son discours à Saint-Étienne le 29 juin dernier, « la RGPP n'est pas une méthode mais une posture politique ». Le pouvoir précédent, a-t-elle ajouté, « s'est contenté d'annoncer une réforme arithmétique consistant à ne pas remplacer un fonctionnaire sur deux partants à la retraite [mais] une étape indispensable a été occultée : la définition d'un service public moderne »"*

Géraldine Tribault - Enquête RGPP, suite et fin - Hospimedia du 11 juillet 2012

Sans prendre position sur le fond en ce qui concerne la RGPP, ce n'est pas notre sujet, on voit bien le parallèle : il serait dommage de ne traiter que des "abus" apparents sans ouvrir le chantier "indispensable" de la redéfinition du système d'allocation de ressource aux professions libérales afin de le remettre en cohérence avec les principes fondateurs de la médecine comme de notre système de santé.

- ²⁸ Marisol Touraine, jeudi 12 juillet 2012 sur l'antenne de la radio Europe 1, déjà cité

- ²⁹ APM - *Le Conseil d'Etat annule l'autorisation d'une chaîne de télévision sur le vin et la viticulture* - hm/ab/APM polsan - HMPGC005 12/07/2012 16:11 ACTU

Une semaine très chargée

- ‡ Un débat public sur l'euthanasie et les soins palliatifs
- ‡ Vers la disparition des Ordres paramédicaux ?
- ‡ Notre avenir éclairé par quelques "signaux faibles" en provenance de la cardiologie, des urgences, des relations entre la justice et le système de santé, d'Hospi Diag, d'un rapport sur la maîtrise de l'ONDAM, d'un autre sur les restructurations hospitalières...

- **La difficile organisation du débat public sur l'euthanasie...**
- **L'Etat de nouveau contre l'Ordre infirmier qu'il a créé...**
- **Productivité et restructuration suscitent l'"intérêt"...**

Date de parution : lundi 23 juillet 2012

Mots types : F. Hollande - D. Sicard - ONFV - CCNE - Ordre infirmier - C. Gueldry - BAQIMEHP - Prothèses aortiques - Urgences - 30 minutes - Etat - Justice - Conflits d'intérêts - Hospi Diag - ONDAM - Maîtrise - Fusions - Regroupements

Nous sommes à la mi-juillet. Pourtant la semaine a été très chargée. Tout ne peut être évoqué.

L'organisation à l'initiative du Président de la République d'un double débat national sur les soins palliatifs et sur l'euthanasie, mot qui n'a pas été prononcé, est évidemment un fait majeur. Il y aura d'abord une "mission" confiée au Pr D. Sicard puis des "états généraux" organisés par le Comité National d'éthique, comme cela est prévu par la loi. Ce débat est aussi nécessaire que difficile et rempli de dangers potentiels.

La prise de position de Marisol Touraine sur les adhésions à l'Ordre infirmier, qui deviendraient facultatives, relance les polémiques sur l'avenir de cet Ordre à qui, décidément, rien ne sera épargné. Ce dossier est, depuis le début, la caricature de ce que peut faire l'Etat lorsqu'il est incapable d'un minimum de continuité dans son action.

Au milieu de cette actualité chargée, nous avons été face à toute une série de faits qui sont autant de "signaux faibles" signalant, plus ou moins clairement selon les cas, les conditions de notre avenir. Nous en relèverons quelques-uns qui nous ont paru particulièrement significatifs.

Les soins palliatifs reviennent en force. La semaine a été de nouveau remplie de déclarations, d'interviews, d'articles sur le sujet de la fin de vie. Heureusement le point de départ n'est pas un cas spécifique monté par les médias. Il est venu de l'initiative du Président de la République.

Lors de la campagne présidentielle, la proposition 21 de ses "60 engagements pour la France" de campagne était ainsi libellée : *"Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité"*¹.

Depuis, pas grand-chose, presque rien. Cette semaine, le Président a choisi de relancer le sujet. Il le fait par l'intermédiaire d'une visite à la Maison médicale Notre Dame du Lac². Son intervention³ a consisté en un vibrant plaidoyer pour les soins palliatifs et un hommage appuyé aux professionnels qui s'y impliquent. Après avoir énoncé trois convictions concernant la souffrance à épargner, le droit à l'accompagnement des mourants et le droit à soutien des proches, le Président a souhaité une accélération dans la mise en place des moyens dévolus aux soins palliatifs. Il a préconisé entre autres le développement de la *"diversité de l'offre de soins palliatifs"*, de la recherche, de la formation et *"que des réflexions puissent être conduites pour passer chaque fois que cela sera nécessaire, à un système global de tarification afin que ces prestations restent abordables pour toutes les familles"*. Pour l'instant on ne voit pas trop ce qu'est ce *"système global"*. Peut-être une trace de l'opposition de certains de ses conseillers à la T2A ? Mais nous savons que sur le sujet des soins palliatifs, elle est améliorable.

C'est alors qu'il a abordé le sujet sur lequel il était attendu tout particulièrement, celui de l'euthanasie.

Les commentateurs l'ont bien noté : le mot ne fut pas prononcé. Pourtant, la question était bien là. Voilà ce qui a été dit :

"Faut-il, peut-on aller plus loin dans les cas exceptionnels où l'abstention thérapeutique ne suffit pas à soulager des patients aux prises avec une douleur irréversible ? Et qui appelle un acte médical assumé au terme d'une décision partagée et réfléchie ? Poser cette question, c'est ouvrir une perspective qui elle-même entraîne un débat. Et les questions sont multiples :

A quel moment l'issue peut-elle être considérée comme fatale ?

Comment évaluer le caractère insupportable d'une douleur ?

Comment recueillir le consentement d'un patient ? Et s'il ne peut être obtenu, sur quel autre fondement peut-on prendre cette décision ? Le débat mérite

d'être engagé. Il doit se faire dans l'apaisement, en refusant les caricatures, les polémiques et les batailles. C'est un débat noble et digne.

Un travail de réflexion, d'information, de concertation sera donc conduit et j'ai confié la mission de mener ce travail au Professeur Didier Sicard, ici présent, Président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique.

A partir des propositions qu'il me présentera, le Comité consultatif national d'éthique sera saisi et pourra délibérer dans le cadre de ses attributions et de ses missions."

Effectivement la lettre de mission⁴ a rapidement suivi. La mission est très large. *"Une évaluation de l'application de ce texte [la loi Leonetti] dans le cadre d'une réflexion sur la fin de vie me paraît indispensable"*.

Le Président souhaite une attention à la diversité des *"points de vue"*, un bilan des *"expériences étrangères"*, *"une attention toute particulière aux priorités que représentent l'information de la population et la formation des professionnels"*. Il demande un rapport pour la fin de l'année.

On sait que la composition de la "mission Sicard" se discute ces jours-ci. On sait seulement que le Pr Régis Aubry, chef du service de soins palliatifs du CHU de Besançon et président de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) en fera partie⁵. Elle devra refléter *"la nécessaire pluridisciplinarité des approches"*.

Le CCNE⁶ fait savoir que *"conformément au souhait du Président de la République, le CCNE se tient prêt, dans le cadre de la saisine dont il sera ensuite destinataire, à engager une réflexion propre, et à prendre, si une réforme est envisagée, l'initiative d'un débat public sous la forme d'Etats généraux sur le sujet, ainsi que l'a prévu le législateur dans l'article 46 de la loi du 7 juillet 2011⁷ relative à la bioéthique."*

Les réactions sont très nombreuses, la plupart positives⁸, à l'exception de l'ADMD⁹, qui milite en faveur de l'euthanasie, pour qui *"la constitution de la mission Sicard, après la mission Leonetti, est un mauvais signal car la fin de vie est une question citoyenne intime et pas une question médicale"*. Elle réclame un référendum. La SFAP¹⁰ *"salue la reconnaissance et le soutien fort que M. le Président de la République témoigne aux soins palliatifs"*. *"Bien que la SFAP estime qu'une éventuelle dépenalisation de l'euthanasie est inutile et dangereuse elle considère que la mise en place d'une « mission sur la fin de vie » présidée par le Pr Didier Sicard favorisera l'indispensable débat citoyen nécessaire pour éclairer le plus précisément possible le législateur."*

Le Pr Sicard veut lui-même organiser des débats. Depuis plusieurs mois, nous nous étions déjà fait l'écho d'avis autorisés demandant un débat national.

On ne peut s'y opposer, cela n'aurait pas de sens. Pourtant, pourquoi ne pas le dire, il y a aussi de gros écueils. Il y a quelques jours, avant que notre sujet redevienne d'actualité, une radio invitait Christian Morel à commenter son nouvel ouvrage *"Les décisions absurdes II. Comment les éviter ?"*¹¹. Il eut cette phrase *"si l'on organise un débat sur un fait de société, le résultat est connu d'avance : il conforte toujours l'opinion majoritaire"*. Venant d'un de nos

meilleurs spécialistes des "*décisions absurdes*" voilà qui donne à penser. On connaît bien sûr la réponse à des questions du genre "si votre père malade, en fin de vie, souffrait de manière atroce, insupportable, et qu'on vous disait qu'on n'y peut rien, envisageriez-vous qu'on abrège ses souffrances ?". Les médias sont très souvent le relais de ce type de questions qui ferment le débat au lieu de l'ouvrir. Pour les médias, il est plus facile de nous submerger d'émotion que de nous aider à prendre le recul nécessaire pour mettre en place une prise en charge complexe aussi technique que compassionnelle, respectueuse et reconstructrice de la liberté du patient. C'est aussi toute la force de l'association qui prône un simple "droit" à l'euthanasie.

La question soulevée par la SFAP comme par les tenants d'une ouverture du droit à l'euthanasie, celle de la dépénalisation, est une vraie et difficile question. Faut-il ouvrir un droit à donner la mort ou faut-il que le droit conduise à assumer sa transgression éventuelle devant des tiers ?

Par ailleurs les questions qui se posent de plus en plus souvent aujourd'hui sont extrêmement complexes car elles recouvrent des cas concrets qui sont eux-mêmes de plus en plus complexes. Régis Aubry le souligne "*ce qui m'interroge, ce sont les états d'exception pour lesquelles nous n'avons pas de réponse. De même la chronicisation de certaines pathologies, les maladies neurodégénératives par exemple, pose question*".¹² Au-delà de la complexité des situations en fin de vie, le plus souvent, on est face à des cas de conscience. C'est bien le propre des questions éthiques. La loi peut indiquer comment, par quel processus, les prendre en compte. C'était l'apport majeur de la loi Leonetti. Mais la loi peut-elle préjuger de la réponse ?

Alors l'Observatoire national de la fin de vie a bien raison dans son communiqué¹³ de souligner "*nous devons être très rigoureux dans la façon dont nous abordons ces questions* :

- toutes les questions concernant la fin de vie ne sont pas solubles dans celles relatives à l'euthanasie...
- l'euthanasie n'est pas un « mot-valise » que l'on peut utiliser pour décrire tout et son contraire...
- le débat devra s'appuyer sur des données factuelles, fiables, et non pas seulement sur des sondages d'opinion, des convictions personnelles ou des approximations".

De ce point de vue de la nécessité de données factuelles il faut vraiment que l'enquête "*Fin de vie en France*", menée par l'Institut National des Etudes Démographiques, sorte. Le même communiqué de l'Observatoire laisse entendre que ce sera fait pour septembre prochain. Espérons que ces délais seront tenus.

En attendant, un des documents parmi les plus complets et les plus actualisés est le rapport annuel de l'ONFV¹⁴. C'est une mine qu'il faut faire connaître. Rappelons aussi que ce même Observatoire a créé un groupe "sémantique" pour essayer de fixer un peu le vocabulaire qui a trait à la fin de vie. Il est urgent qu'il avance dans ses travaux et qu'il les mette à disposition de tous. Sans

langage stabilisé et partagé, comment débattre, comment appréhender la réalité, comment se mettre d'accord ?¹⁵

Signalons la parution cette semaine d'une "*mise au point*" du comité d'éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) intitulée : "*Fin de vie, euthanasie et suicide assisté*"¹⁶. Son objet est de "*mettre en perspective les concepts à partir d'une analyse de la littérature médicale et de l'expérience des pays qui ont légiféré sur E/SA*"¹⁷. Une très bonne et utile synthèse qui vient à son heure, à diffuser largement et à discuter tout aussi largement dans nos équipes.

Dans le cadre du débat qui s'annonce, il faut aussi qu'on interroge les personnes les plus concernées. C'est hélas encore très rare en France. Rappelons le remarquable travail qui est fait depuis quelques années pour recueillir l'opinion sur leur propre vie de gens que la majorité, y compris des soignants, considère être dans une situation absolument insupportable, les locked-in syndromes¹⁸. Il n'y a pas si longtemps, on pensait évident qu'on leur rendait service en les faisant mourir. De façon très majoritaire, ils nous disent, lorsqu'on les "écoute", qu'on se trompait lourdement. Que de souffrances et de détresses suscitées sous prétexte de rendre service ! Plus proche et plus courant, qu'en pense-t-on dans les maisons de retraite, dans la population la plus âgée, chez les professionnels et les bénévoles de l'accompagnement ?

"*Un débat public sous forme d'états généraux*" se prépare donc. Nous n'en avons guère l'expérience en France. Le débat est bien sûr nécessaire. Mais il faut garder à l'esprit qu'ainsi que le souligne Ch. Morel, les effets pervers de la délibération peuvent être majeurs et conduire à des "*décisions absurdes*"¹⁹. Tout est dans l'organisation et le processus nous dit-il. Au niveau de ce qu'il appelle les "*métas-conditions*", il place en premier lieu le fait de "*réduire le gradient d'autorité*" et le fait de pouvoir organiser le "*contradictoire*"²⁰. Comme le rappelle justement l'ONFV "*la fin de vie n'est pas le domaine réservé de la médecine : il faut que la société civile s'empare de ces questions et que les Français puissent débattre sereinement*". Il y a fort à faire et les soignants seront là au premier rang, car la société a souvent bien envie de leur laisser ces questions. Bref, le sujet va encore nous tenir longtemps, mais surtout, au-delà de la lassitude, il doit rester un lieu d'engagement majeur, pour que le débat démocratique ait vraiment lieu.

Disparition des Ordres ?

"*L'adhésion aux ordres professionnels va-t-elle rester obligatoire ? Touraine sème le trouble*" titre le Quotidien du Médecin de mardi²¹.

De quoi s'agit-il ? Le 12 juin dernier Nathalie Gamiochipi, secrétaire générale de la CGT Santé-Action sociale envoyait au nom d'une intersyndicale quasi complète²² une lettre sur le sujet de la "*situation des ordres professionnels*" à Marisol Touraine²³. L'intersyndicale y rappelait qu'elle "*ne cesse de clamer l'inutilité de l'ordre infirmier*" et qu'elle est "*en désaccord avec l'injonction*

qui est faite aux infirmier-e-s tant de s'inscrire à un ordre professionnel". Le ton est péremptoire et la formulation injurieuse à l'égard de l'Ordre infirmier²⁴. A la fin de sa lettre, l'intersyndicale demande instamment "l'abrogation des ordres professionnels paramédicaux". Au passage, on peut se demander quelle est la légitimité des syndicats sur le fond de cette question.

Pourtant, le 6 juillet, la Ministre répond, par une très courte lettre²⁵. "Je suis consciente des difficultés rencontrées par certains professionnels opposés aux règles édictées lors de la création de cet ordre. C'est pourquoi je souhaite engager rapidement des modifications législatives sur l'obligation d'adhérer aux ordres professionnels".

L'histoire triste et rocambolesque de l'Ordre infirmier²⁶ continue donc.

"Premier à réagir, l'Ordre des Infirmiers a dénoncé le caractère « unilatéral » de la décision prise par le ministère de la Santé. « Il n'est pas acceptable qu'un sujet aussi sensible que l'avenir des ordres et en particulier de l'Ordre des infirmiers soit scellé dans une lettre adressée à un syndicat en plein cœur de l'été », affirme le président de l'Ordre des infirmiers, Didier Borniche, dans une lettre adressée à la ministre" nous informe le Quotidien du Médecin. "La ministre de la Santé envisage de revenir sur l'obligation d'adhésion aux Ordres. Le doute subsiste sur les professions concernées par cette mesure soutenue par les syndicats non professionnels. L'Ordre des infirmiers regrette un manque de concertation. Le CNOM²⁷ s'abstient pour l'instant de toute communication."²⁸

Les médecins sont-ils concernés ? La réponse de la Ministre le fait croire. Interrogé le 17 juillet 2012 par l'APM sur les Ordres concernés et le calendrier, le ministère a indiqué qu'il ne souhaitait pas communiquer pour le moment²⁹. Le Quotidien rappelle que "« La CGT demande l'abrogation d'obligation d'adhésion sur l'ensemble des ordres », répond, lapidaire, Nathalie Gamio-chipi, pour qui « les directeurs d'établissement se font les promoteurs des ordres », toutes professions confondues." Alors, si le patronat s'en mêle !... Puis, l'APM obtient une déclaration selon laquelle "seuls les paramédicaux seront concernés par la révision de l'adhésion obligatoire"³⁰. C'est discret, mais il semble donc que le Ministère calme un peu le jeu.

Quelle est la question au fond ? C'est la question de la déontologie. Les professions concernées peuvent-elles être évaluées sur leurs "résultats" ? Si oui, pas besoin d'Ordre. Si "non", alors il faut bien un Ordre pour édicter et veiller à la déontologie³¹. Tout le reste en découle en pure logique. En particulier les Ordres sont chargés par la loi de dire qui fait partie de leur profession et qui n'en fait pas partie³².

En France l'histoire des Ordres est mouvementée, celle de l'Ordre des médecins tout particulièrement. Au début du siècle la Gauche a été à la pointe du combat pour le créer. Mais ce fut Vichy qui le fit. Péchés originels. Malgré de nombreuses réformes, il y a maintenant une tradition anti-Ordres d'une partie de la gauche. Ce qu'on peut remarquer c'est que la question se pose au début de chaque mandature de gauche ou presque, mais qu'elle disparaît aussitôt.

Ainsi la suppression de l'Ordre des médecins était prévue dans les 110 propositions du candidat François Mitterrand. Il qualifiait l'institution ordinaire "d'offense pour la démocratie". On peut aussi rappeler le parallèle avec la qualité, on n'est pas loin du sujet (la qualité, en médecine, peut-elle s'évaluer sur des "résultats" en termes de guérison ?). Edith Cresson, Ministre de l'agriculture a voulu dissoudre le GNIS³³, prototype de la future ANAES³⁴. Elle s'est empressée de le confirmer. A son arrivée au Ministère, Bernard Kouchner n'avait pas de mots assez durs pour condamner l'ANAES émanation des professionnels, "création de la droite", issue de la réforme Juppé. Quelques mois après il n'en avait pas de plus durs pour reprocher à l'ANAES de ne pas se mettre en place par elle-même, avant même que ne sortent les décrets d'application... C'est la droite qui mit fin à l'expérience.

Pour revenir à notre actualité, on voit déjà poindre les contradictions. François Hollande s'est fait fort de redonner leur juste place aux corps intermédiaires. Marisol Touraine insiste, comme peu de Ministres avant elle, sur l'importance de la "morale", souvent en prenant des exemples qui ressortent plus de la déontologie.

Par ailleurs, on voit mal qu'on puisse confier la déontologie aux syndicats. La régulation d'une profession, ça, cela s'est vu. On le voit encore dans certains ports de France. Mais c'est vraiment passé de mode !³⁵ Reste le "tout Etat" ? On voit mal.

Les Ordres restent très silencieux³⁶, les professionnels aussi. Alors, ont-ils raison ? Peut-être, à condition que cela ne marque pas un manque de courage.

Mais en attendant, les pauvres infirmières qui ont cru aux promesses unanimes au moment de la création de leur Ordre, qu'est-ce qu'elles prennent ! Qu'est-ce qu'elles continuent à prendre !

Le départ de Claude Gueldry

En cette mi-juillet 2012, Claude Gueldry, directrice du BAQIMEHP³⁷ a fait valoir ses droits à la retraite. Cela valait bien signalement et coup de chapeau dans cette chronique.

Mais, compte tenu de la densité de l'actualité, cette chronique se transforme en dossier souvent trop long. Une fois n'est pas coutume, nous reprendrons donc ce sujet la semaine prochaine, même si c'est cette semaine qu'il aurait fallu exprimer le pourquoi de ce coup de chapeau et de la reconnaissance que nous devons à celle qui fut 15 ans durant la directrice de l'ADIMEHP³⁸, du BAQhp³⁹, puis du BAQIMEHP...

Signaux faibles...

Liste d'établissements ou liste de conditions ? La DGOS⁴⁰ aurait-elle plus le sens du service public sous influence de la HAS que de l'INCa ? Ou la cardiologie est-elle régulée de façon plus objective et plus efficace que la cancérologie ? Questions provocatrices ? Non. Questions que l'on se pose à la lecture de l'arrêté paru le 10 juillet dernier et qui dit dans son article 1 : "*L'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale ne peut être réalisé que dans les établissements de santé répondant à l'ensemble des critères suivants : [...]*"⁴¹.

Le critère n'est pas d'être bien vu ou de faire partie de tel ou tel "réseau"... Il est de respecter les conditions minima du bien faire. Eh oui : dans ce cas, la DGOS a renoncé à réguler par émission d'une liste d'établissements habilités. Elle préfère suivre la HAS et émettre des conditions à respecter. Intelligent, plus efficace... Et plus Républicain !

Et si, à l'avenir, l'INCa s'inspirait de la HAS ?...

Urgences en moins de trente minutes - "*L'accès de la population à des soins urgents en moins de 30 minutes est une priorité du gouvernement*" rappelle la DGOS dans une instruction datée du 28 juin et envoyée aux ARS⁴².

Pour répondre à cet objectif, "*il convient d'abord d'identifier les territoires et la population situés à plus de 30 minutes d'accès de soins urgents et de dresser un état des lieux des solutions qui sont déployées localement*". Les grandes communes échappent à l'objectif. "*Les habitants d'une commune auront tous le même temps d'accès, et celui-ci sera nul par convention s'ils habitent une commune équipée*". L'enquête se fera jusqu'à Octobre. La mise en œuvre se fera de 2013 à 2015. Ce sera long... Mais l'administration ne s'impose pas le rythme qu'elle impose à ses administrés.

"L'ensemble des solutions qui pourront être mobilisées, y compris celles relevant de dispositifs innovants qui nécessiteraient une modification des textes, seront expertisées par le niveau national afin de déterminer leur faisabilité et potentiel de déploiement puis seront concertées avec les différents acteurs."
Diable !

Les cliniques seront-elles considérées à égalité pour prendre en charge les "mêmes malades" ? Par prudence elles devraient suivre l'enquête de près.

Et, tant qu'à faire, on pourrait ensuite trouver des dispositifs innovants pour faire en sorte que le citoyen, une fois arrivé dans la demi-heure, soit effectivement pris en charge dans la demi-heure qui suit... Ce serait "*innovant*", même sans "*modification de textes*" !... En tous les cas il va falloir se remuer, car le monde entier va débarquer pour voir comment nous faisons, en France. Nous serons, en la matière, le centre interplanétaire de référence. Personne n'a encore osé. 30 ' ! Et ne pensez pas qu'à la Mongolie, au Groenland à l'Australie, à la Chine, à l'URSS ou aux USA ! Même les Autrichiens qui nous narguaient

avec leurs hélicoptères soit disant "*efficients*" : vous allez voir, ils vont être obligés de construire à nouveau un hôpital par vallée ! Nous, au moins, nous allons "*garantir l'articulation et la pertinence des solutions avec les problématiques locales*" !

Santé et justice - Il est des articles dont on se dit qu'ils comptent plus que d'autres. C'est le cas des "propos recueillis" par les journalistes du Monde auprès de l'avocat Bernard Fau et publiés sous le titre "*Sur la santé, la justice a échoué*"⁴³. L'avocat fait le bilan des grandes affaires de santé publique. Il le fait de façon technique et sans passion. Le constat est dur. "*L'idée que l'Etat agit de façon désintéressée et de bonne foi comme celle que la médecine est forcément vertueuse induisent souvent chez des magistrats, notamment au parquet, l'idée que la santé publique n'est pas le terrain du droit pénal. C'est une erreur. Les mentalités changeront avec les générations.*" B. Fau fait aussi des propositions, en particulier celle d'"*une procédure qui n'aurait pas vocation à rechercher des culpabilités, mais à faire l'état des lieux*". Un article qui interroge autant qu'il nourrit. Intéressant et important.

Hospi Diag - Ça y est. **Hospidiag est consultable par tout le monde** et tous les établissements sont accessibles !⁴⁴ Cela se fait en silence, mais il s'agit d'un événement majeur dans l'accès à l'information sur le système hospitalier. Sans doute l'ANAP⁴⁵ et l'ATIH⁴⁶ feront une communication à la hauteur de l'événement à la rentrée, du moins espérons-le. Pour l'instant le "signal" est faible, mais il est, en fait, majeur. Nous avons souvent parlé de la genèse de cette base de données, depuis l'UHP⁴⁷ jusqu'à l'ANAP, en passant par la CNAM⁴⁸. On connaît les débats et les longues hésitations de l'administration pour "ouvrir" cette base à tout un chacun. Réjouissons-nous du fait que les esprits les plus ouverts l'aient finalement emporté. Il reste beaucoup à faire au sens où les perspectives sont vastes, mais, aujourd'hui le plus dur est fait. La base existe et elle est consultable. Hospi Diag, tel qu'il est, est déjà très étoffé. Sa consultation va vite devenir indispensable. L'impact sur la presse sera fort. On en a eu un avant-goût avec le dernier numéro spécial du Point⁴⁹. Petit à petit le niveau va monter. N'en doutons pas, il y aura un avant et un après Hospi Diag !

En tous les cas, on peut dire bravo à l'ANAP qui a porté le projet et aussi à l'ATIH qui a su jouer le jeu lorsqu'on le lui a demandé.

Orientations à moyen terme. Le rapport "*Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*", rapport cosigné de l'IGAS et de l'IGF est paru cette semaine⁵⁰. Il est important à double titre. Par son contenu tout d'abord, mais aussi parce que Marisol Touraine et Jérôme Cahuzac ont décidé sa diffusion. Ils l'ont "*accueilli avec intérêt*" alors même que ce rapport avait été commandé par François Fillon. Ce rapport a sans doute déjà commencé à produire des

effets puisque la progression de l'ONDAM est annoncée à 2,7 % pour 2013 c'est-à-dire à mi-chemin entre les deux hypothèses retenues par les auteurs.

Les choses sont rudes, très rudes. Il faut trouver 10 à 14 milliards d'euros d'économies. Le chiffre n'est pas étonnant, c'est celui que nous donnions ici depuis près de deux ans. Et encore, il ne tient pas compte du nécessaire amortissement de la dette. L'avenir n'est pas facile. "*Seules des mesures structurelles concernant l'ensemble du système de santé permettront de soutenir un tel effort d'économies tout en préservant, voire en améliorant, la qualité et l'équité de l'accès aux soins.*" Nous voilà officiellement prévenus. Les mesures préconisées sont claires. Certaines peuvent être discutées (on veut développer la chirurgie ambulatoire en supprimant les "incitations tarifaires" et en oubliant le tarif identique (!), on veut rogner la liste en sus sans dire comment ne pas réduire l'accès à l'innovation...). Certaines sont "évidentes" mais sont pourtant nouvelles et plus "objectives" que ce dont nous avons l'habitude (l'insistance sur l'organisation, l'appel à la productivité, à "définir une politique claire en matière de restructuration", la défense de la T2A, de la convergence...).

On nous parle d'"*un meilleur pilotage de l'évolution des dépenses d'assurance maladie*". L'Etat se doterait-il enfin d'une stratégie à moyen terme ? Il faut le souhaiter. Pour nos établissements, il n'y a de gouvernance possible que si les Tutelles définissent un cap et s'y tiennent. Ce rapport pourrait bien en constituer un solide début.

Parmi tous les rapports qui sortent celui-ci est donc particulièrement important. S'il ne faut en lire qu'un, c'est assurément celui-là. Il faudra bien affronter la crise. Cette semaine Moody's a dégradé la note des hôpitaux. Un signe parmi d'autres... On peut regretter une fois de plus que ni la HAS, ni l'ANAP, ni la DGOS n'aient travaillé sur le sujet de savoir comment réduire les dépenses sans dégrader le système. Les inspections ont essayé. Ce rapport va compter. C'est sûr.

Qu'est-ce que restructurer un hôpital ? Un autre rapport est paru cette semaine. Il est publié par l'IGAS sous le titre "*Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*"⁵¹. Il peut apparaître comme de facture beaucoup plus classique. Bien sûr on note souvent une très grande prudence des auteurs sur un sujet délicat. Le rapport est très long (273 pages), mais cela permet aux auteurs de distiller une petite musique assez nouvelle. Ils osent poser la question de savoir si le gros est toujours synonyme d'efficacité. Comme l'avait déjà fait la Cour des Comptes, ils osent souligner les contradictions entre la régulation administrative et la régulation par la T2A. Ils osent aborder la question de la double casquette de régulateur et d'opérateur des ARS. Ils prennent position pour les seuils en chirurgie... On pourrait prolonger

"*Pour l'avenir, la mission recommande donc au ministère de clarifier son discours en direction des ARS et des acteurs de l'hospitalisation sur la nécessité*

et les finalités des restructurations hospitalières." Cela est pudiquement dit, mais cela est dit. Bref, un rapport courageux et donc intéressant, dans son contenu comme dans ses annexes, très fournies.
Le fait qu'il soit publié est aussi, en soi, un signal.

¹ Cf. : <http://www.scribd.com/doc/93200567/Les-60-engagements-presidentiels-de-Francois-Hollande>

Par ailleurs : Le 18 février 2012, François Hollande indique dans Marianne, qu'il n'est pas favorable à l'euthanasie, mais au droit de mourir dans la dignité. Il se demande : "*A quel moment décider ou non d'arrêter les soins palliatifs, même si la souffrance, grâce à eux, est amoindrie ?*", et indique que "*dans quelques très rares cas*", après consultation de la personne, de la famille, des médecins, "*il s'agit de faire un acte de compassion qui va soulager non la famille, mais la personne*".

Le 15 mars, dans l'émission Des Paroles et des Actes, François Hollande déclare qu' "*il faudra une procédure : quand une personne demande, parce qu'elle n'en peut plus (...). Il ne s'agit pas de dépenaliser mais d'encadrer cette mort dans la dignité*"

Le 4 juin, Jean-Marc Ayrault indique sur Radio Fidélité que le gouvernement souhaite perfectionner la loi Leonetti : pour prendre la décision, "*il y aura un collège de médecins et puis l'engagement de la personne concernée qui sera évidemment sa totale liberté et détermination*".

Cf. : <http://www.luiresident.fr/engagement/assistance-medicalisee-pour-fin-vie-euthanasie-143>

² La Maison Médicale Notre Dame du Lac de Rueil-Malmaison comprend trois secteurs d'activité :

Le secteur d'hospitalisation en soins palliatifs avec :

- une unité de court séjour de 32 lits

- une unité de 16 lits de soins de suite spécialisée dans l'accueil de malades atteints de pathologies neurologiques en fin de vie

Une équipe mobile qui intervient en soutien dans d'autres établissements et à domicile (au rez de chaussée).

Un centre de formation spécialisé dans la démarche palliative (douleur, autres symptômes, accompagnement) géré par l'équipe mobile.

Elle est gérée par la Fondation des Diaconesses de Reuilly très impliquée sur les soins palliatifs, depuis longtemps et sur plusieurs établissements. La devise de l'association est « Accompagnons la vie ».

Cf. : <http://www.oidr.org/public/etablissements/activite.php?ID=38>

³ Téléchargeable sur : <http://www.elysee.fr/president/mediatheque/videos/2012/juillet/discours-lors-de-la-visite-de-la-maison-medicale.13635.html>

⁴ Téléchargeable sur : <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/communiqués-de-presse/2012/lettre-de-mission-adressee-au-professeur-sicard.13649.html>

⁵ Cf. : J.-B. G. - *Nominations - Régis Aubry intègre la mission sur la fin de vie présidée par Didier Sicard* - Hospimedia du 17.07.12

⁶ CCNE : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

⁷ Article L1412-1-1 créé par loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 46

"Tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'états généraux. Ceux-ci sont organisés à l'initiative du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, après consultation des commissions parlementaires permanentes compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

A la suite du débat public, le comité établit un rapport qu'il présente devant l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, qui procède à son évaluation.

En l'absence de projet de réforme, le comité est tenu d'organiser des états généraux de la bioéthique au moins une fois tous les cinq ans."

Article L1412-3-1 créé par loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 46

"Les états généraux mentionnés à l'article L. 1412-1-1 réunissent des conférences de citoyens choisis de manière à représenter la société dans sa diversité. Après avoir reçu une formation préalable, ceux-ci débattent et rédigent un avis ainsi que des recommandations qui sont rendus publics. Les experts participant à la formation des citoyens et aux états généraux sont choisis en fonction de critères d'indépendance, de pluralisme et de pluridisciplinarité."

⁸ Certains craignent néanmoins la création de nouveaux "comités". Ex. : Aurélie Haroche - *Euthanasie : la commission de Didier Sicard ne fait pas l'unanimité* - JIM 19-7-2012 : "... beaucoup ont regretté le choix du chef de l'Etat d'installer une énième commission sur le sujet. Il est vrai que de nombreux groupes de réflexion se sont déjà penchés sur la question de la prise en charge de la fin de vie en France, notamment sous des gouvernements socialistes. En outre, l'un des axes de travail de cette nouvelle commission, l'évaluation de l'application de la loi Leonetti a déjà été réalisée à plusieurs reprises avec comme principale conclusion la trop grande méconnaissance de ses dispositions y compris chez les professionnels de santé."

Cf. aussi, plus largement, à partir de la "Commission Jospin", l'éditorial du Monde du mercredi 18 juillet 2012 : "*Commission par-ci, commission par-là*"

⁹ ADMD : Association pour le droit de mourir dans la dignité - <http://www.admd.net/>

¹⁰ SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs - <http://www.sfap.org/>

¹¹ Christian Morel - *Les décisions absurdes II. Comment les éviter ?* - Editions Gallimard - Bibliothèque des Sciences Humaines - 2012 - ISBN-10: 2070763021

Cet ouvrage fait suite à : *Les décisions absurdes : Sociologie des erreurs radicales et persistantes*

¹² Dépêche Hospimedia déjà citée.

¹³ Téléchargeable sur le site de l'ONFV, rubrique "Espace presse" - onglet "Communiqués" : <http://www.onfv.org/>

¹⁴ Cf. le "*Rapport annuel de l'ONFV au Parlement et au Ministre chargé de la Santé*". Le premier rapport annuel de l'Observatoire a été remis au Premier Ministre, à la Ministre de la Cohésion Sociale et des Solidarités ainsi qu'à la Secrétaire d'Etat à la Santé le 14 février 2012.

Cf. mail UNHPC 12/99b du jeudi 16 février 2012.

Téléchargeable aussi sur le site de l'ONFV, onglet "Publications" : <http://www.onfv.org/>

¹⁵ Cf. "Un "glossaire de la fin de vie" pour clarifier et alimenter le débat public" : <http://www.onfv.org/>

¹⁶ *Fin de vie, euthanasie et suicide assisté : une mise au point de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)*

Ce texte a été rédigé par le comité éthique de la SFAR (ICARE) qui réunit des médecins anesthésistes-réanimateurs, des médecins d'autres spécialités, des infirmières, des philosophes, des sociologues et des psychologues.

Il a été validé par le Conseil d'Administration de la SFAR le 29 juin 2012.

Contexte : La prise en charge de la fin de vie constitue un enjeu sociétal crucial auquel le législateur a répondu par la loi du 22 avril 2005. Néanmoins, un débat émerge de la société civile sur l'opportunité de dépénaliser/légaliser l'euthanasie et/ou le suicide assisté (E/SA). Cette question interroge directement les médecins, en particulier les anesthésistes-réanimateurs (AR).

Cf. mail : UNHPC 12/459 du vendredi 20 juillet 2012

ou : <http://www.sfar.org/accueil/article/912/sfar-mise-au-point-sur-laquo-fin-de-vie-euthanasie-et-suicide-assiste-raquo>

Parmi les publications récentes que nous avons présentées, cf. :

- l'ouvrage collectif coordonné par Emmanuel Hirsch et paru sous le titre *Fins de vie, éthique et société* - Erès Poche, 600 pages - avril 2012, mail UNHPC 12/381 du 17 juin 2012
- le beau livre "témoignage" de Claire Fourcade, médecin coordonnateur de l'équipe mobile de soins palliatifs de la clinique des Genêts à Narbonne, "*1.001 vies en soins palliatifs*" - Bayard - janvier 2012, mail UNHPC 2012/112 du mercredi 22 février 2012
- le mail UNHPC 2012/237 du mardi 3 avril 2012 sur l'éditorial du Lancet intitulé : "*End-of-life care: the neglected core business of medicine*" et le rapport du Royal College of Physicians intitulé "*Improving end-of-life care: professional development for physicians*".
- le mail UNHPC 12/300 du vendredi 27 avril 2012 pour deux articles parus dans la revue *Etudes* : Yves Rossier - *Le débat suisse sur les organisations d'aide au suicide* ; Yves-Marie Doublet - *Une communauté de vues des législations sur la fin de vie en Europe*
- le mail UNHPC 12/324 du mardi 8 mai 2012 pour une liste d'articles spécialisés "qualité et fin de vie"

¹⁷ E/SA : euthanasie et suicide assisté

¹⁸ Cf. mail UNHPC 12/324 du mardi 8 mai 2012 et plus particulièrement les articles de Marie-Aurélien Bruno, Frédéric Pellas et al. - *Quelle vie après le locked-in syndrome ?* - *Rev Med Liege* 2008; 63 : 5-6 : 445-451 ou Marie-Aurélien Bruno et al. - *A survey on self-assessed well-being in a cohort of chronic locked-in syndrome patients: happy majority, miserable minority* - *BMJ Open* (2011). doi:10.1136/bmjopen-2010-000039

Cf. aussi : ALIS - Association du Locked-in Syndrome - <http://www.alis-asso.fr/>

¹⁹ Au titre des "décisions absurdes" prenons le risque d'illustrer par le récent article de Julian J.Z. Prokopetz, B.A., and Lisa Soleymani Lehmann, M.D., Ph.D. - *Redefining Physicians' Role in Assisted Dying* paru le 12 juillet dernier dans le très sérieux *New England Journal of Medicine* (n engl j med 367;2 nejm.org july 12, 2012). Les auteurs y analysent la situation de l'Oregon qui a légalisé le suicide assisté. Selon les auteurs, tout y va à peu près bien, sauf que les médecins sont toujours majoritairement hostiles. Les auteurs préconisent donc la création d'un organisme d'Etat ou d'un organisme fédéral qui validerait l'authenticité et l'éligibilité des demandes de suicide puis organiserait l'approvisionnement en médicaments et assurerait de leur dispensation. "*Un tel mécanisme permettrait d'éviter l'implication des médecins au-delà de la dispensation des soins habituels*". Quel progrès en effet !

Cf. mail UNHPC 12/442 du lundi 16 juillet 2012

²⁰ "*L'émergence d'une « pensée de groupe » empêche l'expression d'opinions dissidentes.*" Il faut "*des « métarègles de fiabilité », c'est-à-dire des principes généraux d'action permettant d'éviter ces décisions absurdes.*"

"En politique, l'une des principales sources d'absurdité vient du manque de débat contra-

dictoire. Il faut un débat contradictoire. Cela suppose que certains jouent le rôle d'« avocats du diable » - à condition que leurs remarques soient entendues."

"Pour échapper à l'absurde, les décisions doivent correspondre à ce qu'attendent les citoyens ; cela suppose de mener non pas des sondages d'opinion, mais des études qualitatives sur les comportements."

- ²¹ Anne Bayle-Iniguez - *L'adhésion aux ordres professionnels va-t-elle rester obligatoire ? Touraine sème le trouble* - le Quotidien du Médecin du 17/07/2012

Cf. : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/l-adhesion-aux-ordres-professionnels-va-t-elle-rester-obligatoire-touraine-seme-l>

- ²² CFDT, CFTC, CGT, FO, SNICS-FSU, SUD et UNSA Santé Sociaux

- ²³ Téléchargeable sur :

<http://cgt-vinatier.over-blog.com/article-lettre-intersyndicale-sur-la-situation-des-ordres-professionnels-adressee-a-mme-la-ministre-tourai-107092413.html>

- ²⁴ Cf. <http://www.ordre-infirmiers.fr/>

- ²⁵ Réponse téléchargeable sur :

<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/marisol-touraine-jette-le-chaud-et-le-froid-sur-les-ordres-professionnels.html>

- ²⁶ Cf. <http://www.ordre-infirmiers.fr/>

- ²⁷ CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

- ²⁸ Cf. aussi : P.H. - *Dialogue social - Marisol Touraine jouerait-elle double jeu sur la question des ordres ?* - Hospimedia du 18-7-2012

- ²⁹ APM - *Marisol Touraine veut revoir l'adhésion obligatoire aux Ordres professionnels* - cb/ab/APM polsan - CBPGH006 17/07/2012 19:35 ACTU

- ³⁰ "La révision de l'adhésion obligatoire aux Ordres professionnels concernera uniquement les Ordres récemment créés c'est-à-dire ceux des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues a indiqué jeudi à l'APM le ministère de la santé. Le ministère de la santé a précisé jeudi que ni l'Ordre des médecins ni celui des sages-femmes n'étaient concernés."

APM - *Seuls les paramédicaux seront concernés par la révision de l'adhésion obligatoire (ministère de la santé)* - cb/ab/APM polsan CBPGJ003 19/07/2012 17:38 ACTU

- ³¹ C'est bien leur objet premier. On le retrouve d'ailleurs en tête des articles du Code de la santé qui les fonde.

Ex. pour les infirmiers, article L 43121 et 2 du code de la santé publique. "[...] L'ordre national des infirmiers veille au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie de la profession d'infirmier.

Un code de déontologie, préparé par le conseil national de l'ordre des infirmiers, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. Les dispositions de ce code concernent les droits et devoirs déontologiques et éthiques des infirmiers dans leurs rapports avec les membres de la profession, avec les patients et avec les membres des autres professions de la santé. L'ordre national des infirmiers assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession d'infirmier. Il en assure la promotion. [...]"

Ex. pour les médecins, article L. 4121-2 du code de la santé publique : "L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale."

- ³² Pour les infirmiers : "L'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national." Article L4112-5 du Code de la santé publique. "Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers." Article L4311-15

L'Ordre des médecins "reconnait" qui est médecin, par la tenue du tableau auquel ne peu-

- vent être inscrits que les docteurs en médecine remplissant les conditions légales de moralité et de compétences requises.
- L'obligation d'inscription au tableau pour pouvoir effectuer des actes médicaux résulte des articles L. 4111-1 et L. 4121-1 du code de la santé publique.
- ³³ GNIS : Groupement national interprofessionnel des semences et plants. La certification des semences est organisée et conduite par les professionnels, avec l'appui de l'Etat.
- ³⁴ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - 1996-2005
- ³⁵ Le Parlement Européen a adopté le 16 décembre 2003 une résolution réaffirmant l'importance de la déontologie, confortant le rôle des ordres professionnels et estimant que "*l'importance que revêt l'éthique, la confidentialité à l'égard de la clientèle et un niveau élevé de connaissances spécialisées requièrent l'organisation de systèmes d'autorégulation, tels ceux qu'établissent actuellement les ordres professionnels*".
- ³⁶ "*Du côté des médecins, on préfère pour l'instant jouer la prudence. « Nous ne souhaitons pas communiquer sur le sujet », indique le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) au « Quotidien »*". Le Quotidien du Médecin déjà cité.
- ³⁷ BAQIMEHP : Bureau d'assurance qualité et de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
- ³⁸ ADIMEHP : Association pour le développement de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
- ³⁹ BAQHP : Bureau d'assurance qualité de l'hospitalisation privée
- ⁴⁰ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- ⁴¹ Arrêté du 3 juillet 2012 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique - JO du 10 juillet 2012 - Texte 20 sur 125 - NOR : AFSH1228072A
- ⁴² Cf. mail UNHPC 12/456 du vendredi 20 juillet 2012 - Instruction n° DGOS/R2I20121267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents
- ⁴³ Bernard Fau - "*Sur la santé, la justice a échoué*" - Propos recueillis par Anne Chemin et Cécile Prieur - Le Monde Culture et Idées - samedi 21 juillet 2012 p. 3
- ⁴⁴ Cf. mail UNHPC 12/460 du 20 juillet 2012. Le site est consultable sur : <http://hospidiag.atih.sante.fr>
La base est largement décrite sur : <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag/>
Les formations sur Hospi Diag sont accessibles sur : <http://www.anap.fr/actualites/actualites-projets/les-formations-hospi-diag-inscrivez-vous/>
- ⁴⁵ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ⁴⁶ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ⁴⁷ UHP : Union hospitalière privée
- ⁴⁸ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- ⁴⁹ François Malye et Jérôme Vincent - Economie - *Le scandale des Hôpitaux* - Le Point n° 2074 du jeudi 14 juin 2012
Cf. mail UNHPC 12/383 et la Chronique UNHPC 12/24 du lundi 18 juin 2012
- ⁵⁰ Rapport : *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017* - Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection générale des finances (IGF) - Rapport daté de juin 2012, publié le 19 juillet 2012
Cf. mail UNHPC 12/458 du vendredi 20 juillet 2012 ou : <http://www.economie.gouv.fr/rapport-igas-igf-propositions-pour-maitriser-l-ondam-2013-2017>
- ⁵¹ Dr Françoise Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet - *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* - IGAS - Rapport daté de mars 2012, publié le 20 juillet 2012
Cf. mail UNHPC 12/458 du vendredi 20 juillet 2012 ou <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article267>

Problèmes anciens et problèmes nouveaux

- 📌 **Dépassements : réduire ou régler le problème ?**
- 📌 **La T2A interroge les sénateurs**
- 📌 **Claude Gueldry et l'histoire du BAQIMEHP**
- 📌 **Alerte rouge sur les tissus humains**
- 📌 **Coopération et modèle de statuts pour les SISA**
- 📌 **Le rôle des infirmières oncologues... aux USA**

***"Réduire" les problèmes
c'est mieux que rien...***

***"Régler" les problèmes
c'est beaucoup mieux...***

Date de parution : lundi 30 juillet 2012

Mots types : M. Touraine - F. Van Rookeghem - M. Morel - M. Chassang - M. Olivier-Koehret - MECSS - Tarification - ADIMEHP - BAQhp - ICIJ - Tissus humains - Ordres - CNOM - Coopération - NCI - Oncology nursing

On ne se croirait pas fin juillet. L'actualité est toujours aussi chargée. Nous avons fait un tri, mais cette chronique est toujours aussi longue.

Bien sûr, ce qui domine l'actualité c'est le début des négociations sur les dépassements. Il ne rassure pas. Comment négocier quand on comprend mal le but et quand l'acteur principal n'est pas là ? Au jeu de la patate chaude, il semble de plus en plus clair qu'on ne cherche pas à régler les problèmes mais seulement à les limiter, au risque de les voir rapidement exploser...

Les sénateurs ont sorti leur important rapport sur la T2A. S'il s'agit d'un compte rendu de séances d'initiation, ce n'est pas transcendant. Si ce rapport devait constituer le socle des réformes annoncées, il est décevant. On y trouve tout et son contraire, sauf, quand même, qu'il ne faut pas renoncer à la T2A. Faut-il dire "ouf" ?

Comme prévu nous saluerons le départ de Claude Gueldry en nous remémorant quelques points de l'histoire du BAQIMEHP qu'elle a dirigé durant 15 ans.

Le journalisme d'investigation existe encore, il nous alerte cette semaine sur un dossier aussi important que terrible, celui des trafics de tissus humains. A lire d'urgence, pour prendre les mesures qui s'imposent !

Les ordres s'intéressent à la coopération entre professionnels. Ils ont bien raison. Pourvu qu'ils prolongent leurs efforts.

Le NCI nous propose dans son dernier bulletin un numéro spécial sur les infirmières oncologues. Intéressant et instructif.

Dépassements

Réduire le problème ou régler le problème ?

La première séance de "négociation" sur les dépassements d'honoraires a eu lieu ce mercredi 25 juillet.

La veille, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée a fait un communiqué dans lequel elle prévient sous forme de rappel de ce que répète la Ministre : "*Si ces négociations n'aboutissaient pas, les députés socialistes prendraient, avec le gouvernement, leurs responsabilités pour que ce problème, qui concerne une question de santé publique majeure, soit réglé par la loi*". Hélas il est quasi certain que le vocabulaire n'est pas maîtrisé ou qu'il y a confusion sur le "*problème*". Il apparaît maintenant que derrière les grands discours, le sujet pour le Gouvernement est seulement de "*réduire le problème*" comme titre le Figaro du 24 juillet². Marisol Touraine veut "*soumettre aux médecins un « contrat », qui garantirait aux patients « la possibilité de consulter » au tarif Sécu « ou à un niveau de dépassement limité »*". Il suffit de "*mettre un terme aux dépassements abusifs*" d'ici fin 2012, et non de mettre un terme à un système abusif.

Tout ça pour ça ! Est-on tenté de dire.

Autrement dit on n'est pas là pour "*régler*" le problème, mais bien pour le "*réduire*". Ce Gouvernement ne diffère pas de ceux qui l'ont précédé depuis 30 ans : on crie, on prend une mesurette et on dit que tout cela se réglera plus tard. On sait pourtant que "plus tard" ce sera encore plus difficile. Peu importe, on s'en lave les mains et on transmet au successeur. S'en laver les mains c'est faire semblant de montrer ses gros bras musclés ("*la loi serait forcément plus contraignante qu'un dispositif négocié*"³) tout en "rassurant" en disant que "*certaines actes techniques pourraient être relevés*"⁴. "*Pour l'Assurance-maladie, il y a un lien entre la révision de certains tarifs qui pourraient être insuffisants et le fait que cette révision se traduise par une diminution des restes à charge et que globalement, les dépassements d'honoraires puissent être maîtrisés sur une période à définir*"⁵. Au mieux on se risque à dire qu'il "*faut revenir, à long terme, vers des tarifs opposables*"⁶. Ça ne mange pas de pain,

ça n'engage à rien, ça peut faire plaisir et ça peut même faire apparaître comme sérieux et courageux... Tous les ministres l'ont dit, pourquoi ne pas continuer !

Le risque c'est de confirmer le diagnostic fait depuis longtemps et rappelé par Marc Morel, directeur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) : "*Le statu quo actuel arrange tout le monde : cela permet à l'assurance-maladie de ne pas augmenter le montant de ses remboursements, aux mutuelles d'augmenter leurs prix et aux médecins de fixer les leurs... Tout ça, sur le dos des usagers.*"⁷ Il aurait dû ajouter... "cela permet aux Gouvernements d'augmenter certains médecins en augmentant le reste à charge tout en disant que ce n'est pas de leur fait".

Méfions-nous de l'effet "taille de rosier". Il est une saison ou le néophyte s'effraie : le tailleur de rosier apparaît sévère et volontariste. Il l'est. L'expérience prouve que plus il l'est, plus le rosier explose la saison d'après... Nous n'en sommes pas encore là, mais, petit bras, tailleur de rosier ou vrai réformiste, il va être temps d'éclaircir notre paysage...

En attendant, un calendrier est mis en place pour "*aboutir*" d'ici le mercredi 17 octobre. Il prévoit des rencontres bilatérales durant le mois d'août. Puis sept réunions sont programmées.

Quatre le sont sur septembre : le mercredi 5 sur la définition de la notion de dépassements abusifs et les sanctions envisagées, le vendredi 14 sur le "contrat d'accès aux soins" proposé aux médecins en secteur 2, le mercredi 19 sur les zones de difficultés d'accès aux soins à tarifs opposables et la régulation du secteur 2, le jeudi 27 sur la valorisation des tarifs opposables⁸.

Trois le sont sur octobre : les mercredi 3, jeudi 11 et mercredi 17, afin de discuter des projets de texte et de conclure la négociation.⁹

Le journal Le Monde, prudent, va chercher une sociologue pour lui faire dire ce que tout le monde sait.¹⁰

"*Les médecins ne risquent-ils pas de se mettre la population à dos ?*" interroge-t-il.

"*C'est un risque pour leur image, le « seuil de tolérance » des patients semble en effet atteint. La nouvelle majorité bénéficie d'une fenêtre politique pour agir, mais tous les gouvernements ont regardé dériver les dépassements, sans apprécier toutes les conséquences pour les patients. Ils ont laissé s'instaurer une réalité qui pose problème : généralisation du phénomène, décrochage des revenus des médecins en secteur 1 qui jouent le jeu des tarifs de la Sécu, etc. Cependant, si les médecins veulent la reconnaissance de la société, il faut trouver une position responsable.*" Certes !

Même Frédéric Van Rookeghem se rend compte que "*cela risque de remettre en cause notre modèle de médecine libérale et sociale. Il faut mettre en place un autre système.*"¹¹

Pourtant les interlocuteurs sont tous prudents ou pessimistes.

Pour le directeur de l'Assurance-maladie, "*les négociations seront difficiles*" car "*les voies de la négociation sont étroites*".¹²

"Nous avons bien sûr bon espoir de trouver un accord, mais nous sommes aussi un peu sceptiques", explique Michel Chassang.¹³

Le Bloc ne cache pas sa "grande inquiétude" et s'interroge sur "la volonté de faire aboutir les négociations".¹⁴ Philippe Cuq précise que "ce n'est absolument pas à la mesure des enjeux"¹⁵.

Durant la semaine deux "libres opinions" importantes sont parues, l'une sous la signature de Michel Chassang, Président de la CSMF, dans Le Monde¹⁶, l'autre sous celle de Martial Olivier-Koehret, ancien président du syndicat MG France, dans La Tribune¹⁷. Les deux sont brillantes, techniques, argumentées. En fait, alors que les deux responsables sont le plus souvent sur des positions différentes, voir opposées, ils se complètent ici utilement. Il faudrait les citer en entier. Contentons-nous de leurs conclusions.

Michel Chassang conclut : "L'issue de la négociation n'appartient pas aux négociateurs, médecins, assurance-maladie et complémentaires, mais au seul gouvernement. Se donnera-t-il les moyens de conclure l'accord auquel il dit aspirer ?".

Martial Olivier-Koehret conclut, lui : "Faute d'un débat public, l'archaïsme français sera maintenu et dans cette pièce de théâtre millimétrée, les négociations aboutiront à l'annonce du plafonnement des dépassements qui seront ainsi, de fait, généralisés y compris pour ceux qui ne les pratiquent pas encore. Enfin, comme les autres avant lui, cet accord ne sera pas respecté et l'amnésie relative aux accords passés sera collective."

Pourvu que le mois d'août porte conseil et donne un peu de courage et de lucidité à nos responsables !

La T2A interroge les sénateurs

La MECSS¹⁸ a publié cette semaine son "**rapport sur le financement des établissements de santé**"¹⁹ Ce rapport est évidemment important. Le sénat est à majorité socialiste. Le rapport a été adopté à l'unanimité à la MECSS comme à la Commission sociale. On ne peut donc douter qu'il ait une influence sur la Ministre qui s'est engagée par ailleurs à "*faire évoluer la T2A et à revoir le financement du service public hospitalier*".

Les travaux préparatoires ont été longs et on donné lieu à toute une série d'auditions dont nous avons régulièrement diffusé les comptes rendus²⁰. Leur qualité était assez inégale, les débats souvent passionnants, les questions posées par les sénateurs étaient parfois aussi significatives que les réponses données, le travail était sérieux et la diversité des personnalités comme des points de vue intéressants. On se demandait donc à quoi ressemblerait la copie finale.

Sa lecture laisse dubitatif.

En fait de copie, s'il s'agissait d'une copie d'étudiant en économie de santé ou en organisation des systèmes de santé, on mettrait la moyenne mais pas beau-

coup plus. On constate que le sujet a été travaillé mais si l'ensemble est correct, les contradictions sont nombreuses, les confusions aussi et on note quelques insuffisances dommageables à l'ensemble.

On se dit pourtant qu'on ne demande pas à des parlementaires d'être des spécialistes de sujets aussi techniques. En fait, vu la politisation du débat, sa dimension souvent très idéologique, il était normal, sans doute souhaitable que les parlementaires se penchent sur ce qui n'est qu'un outil. Ces auditions avaient donc surtout un but pédagogique. C'est aussi sous cette optique qu'il faut lire le rapport. Incontestablement le niveau de connaissance est monté. C'est donc, de ce point de vue un succès. On peut d'ailleurs noter qu'une bonne partie des contradictions vient sans doute de la cohabitation de présupposés idéologiques qui, pour bon nombre, demeurent au long des auditions et se retrouvent dans le rapport, avec et le constat de la réalité qui les contredit parfois mais que les sénateurs ont aussi l'honnêteté et la lucidité de noter.

L'important est sans doute que les parlementaires, connaissant maintenant mieux l'outil, se penchent désormais plus sur son objet, sur la façon dont on le met ou pas au service des orientations qu'ils ont vocation à déterminer. De ce point de vue ils auront gagné en expertise pour interroger les services de l'Etat sur l'usage qu'ils font de cet outil et sur la cohérence de sa mise en œuvre par rapport aux objectifs fixés au système de soins hospitalier.

Cette interprétation optimiste a cependant ses limites. Il ne s'agit que des sénateurs, les députés sont pour une bonne part nouveaux et très ignorants de l'histoire de cet outil, de son objet, de ses apports et de ses limites. Quand on fait mention dans le rapport du "*risque [...] de réorientation vers les activités [...] les plus « rentables »*"²¹, sans aucun recul critique mais, au contraire, en prenant au sérieux cette stupidité, on croit rêver. C'est bien l'objet de la T2A d'orienter l'activité vers ce que les Tutelles considèrent comme devant être soutenu en le rendant "rentable". La vraie question pour les parlementaires devrait être celle de savoir si la DGOS, qui fixe les tarifs, a des objectifs en termes d'incitations, s'ils sont cohérents avec les orientations politiques déterminées par la représentation nationale et si les outils d'évaluation de l'impact des politiques de santé ainsi conduites existent. Pour simplifier, on aurait souhaité que les sénateurs se posent exactement la question inverse : "quel est le risque que les établissements ne répondent pas aux politiques incitatives traduites par les tarifs, qu'elle en est la mesure faite par la DGOS et quelles sont ses propositions pour faire en sorte que ces établissements soient plus compliants". On l'aurait souhaité car cela aurait été un bon indicateur de leur compréhension de la logique de l'outil. Cette idée que ce serait "mal" d'obéir aux orientations des responsables est proprement stupéfiante et montre le chemin qui reste à parcourir pour que nos parlementaires maîtrisent l'outil qui est pourtant mis à leur disposition ! Sans compter qu'il vaut mieux ne pas se poser la question de savoir si les sénateurs font mieux la distinction que beaucoup d'hospitaliers ou de fonctionnaires entre le chiffre d'affaires généré et la "rentabilité".

On constate aussi que les sénateurs ne connaissent pas l'histoire de cet outil. Là aussi, ne prenons qu'un exemple. Lorsqu'ils demandent de passer rapide-

ment à la comptabilité analytique, ont-ils conscience que Jean de Kervasdoué pensait l'imposer en un an en 1983, que l'histoire de la comptabilité analytique est déjà longue, que la DHOS avait su, au début des années 90, faire le remarquable passage d'une comptabilité de type coût complet de type classe 9 à une comptabilité analytique en coût direct... Sans compter que les auditions n'ont même pas conduit les sénateurs à se poser la question des avantages, des limites, des risques et des chances des approches "prix" comparées aux approches "coût"... Quelle occasion manquée !

On a parfois l'impression que les sénateurs sont hors du temps, en tous les cas ne se sont pas mis en phase avec l'époque. Ils ont l'incitation facile, les subventions encore plus, mais savent-ils qu'on est en enveloppe fermée et que si sa croissance reste notre privilège, cette croissance est elle aussi limitée ? Alors donner, oui, mais en prenant où et à qui ? Rien n'est dit !

Sur un sujet pareil le rapport devrait être extrêmement pragmatique, concert, factuel. Il emploie trop souvent le langage codé mais vide de sens qui est celui de l'administration. Il en est ainsi du mot "garantir". On nous parle ici de "*garantir la qualité de la prise en charge des patients*". Ce serait déjà si bien de la favoriser et d'évaluer l'impact des politiques mises en œuvre. Il faut dire qu'en cancérologie nous sommes vaccinés, on a tellement offert de "garanties"...²²

Lorsqu'on lit des phrases comme "*Il est donc nécessaire de clarifier la situation institutionnelle des DIM et de garantir leur indépendance d'expert tout en assurant une parfaite synergie avec la direction de l'établissement*"²³, on se demande pourquoi les sénateurs se mêlent de ça, ce que veut dire "l'indépendance" de celui qui fait la facture ? La probité serait plus efficiente. Quant à la notion "d'indépendance synergétique", elle montre les limites de l'exercice demandé aux sénateurs.

Les sénateurs restent sur le mythe qu'en santé "big is beautiful" sans jamais en donner la preuve. Ils ne savent pas que, plus simplement, le "gros" simplifie le travail du fonctionnaire et qu'il suffit d'être gros pour l'influencer. En économie administrée, il convient donc d'être gros, même s'il n'y a pas d'économies d'échelle !

Parfois leur bonne volonté est désarmante. Ils ont compris et c'est important, qu'il faut avoir un minimum de visibilité à terme pour piloter nos établissements. Ils ont compris en conséquence qu'avoir les tarifs au plus tôt le 1^{er} mars pour les appliquer le 1^{er} mars, ce n'était, pour le moins, pas terrible. Mais qui a bien pu leur donner l'idée de ne rien changer dans les habitudes de l'administration mais de n'appliquer les tarifs qu'au 1^{er} juillet ? Par quelle magie peut-on proposer de fixer les tarifs en mars pour application en juillet ? L'expérience prouve que l'administration les fixera très vite fin juin début juillet et elle nous expliquera qu'elle a de bonnes raisons pour justifier son "retard". En plus, se rendent-ils compte de la complexité qu'ils génèrent dans tout le système : tout, y compris leur ONDAM, est calendaire. Pourquoi complexifier encore et encore en créant artificiellement un exercice tarifaire 1^{er} juillet -

30 juin ? Faut-il vraiment créer des emplois en masse pour rendre ensuite les choses comparables ? Pourquoi ne pas inverser, pourquoi l'administration n'arriverait-elle pas à déterminer les tarifs au 1^{er} juillet pour une application au 1^{er} janvier ? Pourquoi ne pas la sanctionner si elle n'y arrive pas ? On a l'impression d'être chez le bon roi Ubu. D'autres reposeront la question de savoir si l'administration est au service du citoyen ou si c'est le citoyen qui est au service de l'administration...

On a parfois l'impression de se retrouver dans les débats des années 80 sur l'instrument de mesure. Le fait de savoir si pour mesurer une longueur il vaut mieux s'armer du yard, du pouce ou du mètre est en effet décisif. On a même un peu l'impression que, de temps en temps, quelqu'un met le kilo au débat, pour le rendre encore plus passionnant. Comme ça, on polarise tout le monde sur l'outil et on ne pense plus que l'important c'est de mesurer avec la même unité dans le temps.

On pourrait continuer. Plus on lit ce rapport et plus on devient dubitatif, voir inquiet, malgré ses bons passages. Il faut garder à l'esprit que c'est sans doute une victoire que les sénateurs aient osé écrire qu'ils "*ne remettent pas en cause le principe de la T2A dont les atouts sont indéniables*". Mais c'est un peu l'auberge espagnole. Chacun y trouvera de quoi appuyer son raisonnement. Chacun taira les passages qui ne tiennent pas la route mais ne touchent pas ses intérêts.

Nous en sommes sans doute collectivement un peu responsables. Peu d'intervenants ont pris la peine d'exposer aux sénateurs les fondamentaux comme l'idée qu'il était plus sain d'être payé pour ce que l'on fait plutôt que pour ce que l'on est. Quelques sénateurs socialistes auraient sans doute pu le comprendre et le débat s'en serait trouvé clarifié. Peu d'intervenants se sont mis à la place des sénateurs auxquels ils s'adressaient. Fallait-il vraiment les intéresser à la technique de l'injection si le sujet était de choisir entre véhicules selon l'objet du déplacement ? On en est un peu là. Très peu leur a été dit sur le pourquoi, le comment des politiques incitatives, sur les avantages et les limites des outils de régulation, sur l'évaluation des différentes méthodes d'allocation de ressources, sur la cohérence de l'outil avec les exigences du temps...

Alors la question reste entière : qu'en fera la Ministre ? On voit mal. On peut se rassurer et se dire qu'elle en tirera des arguments pour une politique tarifaire plus rationnelle. On peut aussi craindre exactement l'inverse. Le débat, de ce point de vue n'a guère avancé. Il n'empêche, il faut lire et analyser ce rapport, dense et nourrissant...



Claude Gueldry et le BAQIMEHP

Comme nous l'annoncions dans notre dernière chronique, en cette mi juillet 2012, Claude Gueldry, directrice du BAQIMEHP²⁴ a fait valoir ses droits à la retraite. Cela valait bien signalement et coup de chapeau dans cette chronique. Capitaine courageux elle était à la tête de l'ADIMEHP²⁵ et du BAQhp²⁶ depuis juin 1997. Avant cela elle avait exercé ses fonctions à la DH²⁷, comme on appelait la DGOS de l'époque et elle avait fait partie de l'aventure de l'AN-DEM²⁸. Durant 15 ans, elle a donc su piloter "ses" puis "son" navire et le maintenir à flot au travers de l'histoire mouvementée et des changements d'orientation stratégique des Fédérations de l'hospitalisation privée et des Tutelles. Son institution a non seulement survécu aux épreuves, mais elle a rendu de grands services à la profession et à nombre d'établissements qui ont fait appel à elle. Cela lui a valu en retour une grande fidélité de nombre de ces équipes. En même temps, elle a su fédérer autour d'elle. L'ADIMEHP, le BAQHP, puis le BAQIMEHP ont été tout au long de cette période de magnifiques écoles d'hommes (de femmes devrait-on dire car elles étaient majoritaires). Rude école, car la difficulté des temps et le niveau d'exigence faisaient que l'intensité au travail y était très au-dessus de ce qui se pratique généralement. Les effectifs étaient peu élevés, mais l'engagement était fort et a marqué tous ceux qui y sont passés.

Cela vaut aussi petit rappel de l'histoire du BAQIMEHP

Durant les années quatre-vingt-dix, l'UHP²⁹ était leader pour la mise en place du PMSI³⁰ et de la T2A. Elle avait un "club PMSI" très actif. L'accord du 4 avril 1991 négocié par Alain Coulomb promettait entre autres deux grandes réformes - la généralisation du recueil PMSI et le passage à la facturation à la pathologie comme on disait à l'époque - dans l'année ! L'ADIMEHP avait été fondée en 1992³¹ à l'initiative de l'UHP pour fusionner son "club PMSI" avec les commissions de la FIEHP³² et de la FEHAP³³ afin de pousser les pouvoirs publics à tenir leur promesse et de doter les établissements privés sous OQN³⁴ d'une structure technique autonome pour stimuler autant que pour pallier aux carences de la CNAM. La CNAM³⁵ non seulement était souvent hostile au PMSI, en particulier lors des passages de Gilles Johanet à la direction, mais il fallait aussi compter avec son service informatique qui, en plus de sa lourdeur structurelle, était réticent face à ce travail nouveau pour lui. Pourtant, on peut dire que si l'ADIMEHP a connu une heure de gloire, c'est avec la CNAM qu'elle l'a vécue. Cela a été au moment où le directeur de la CNAM, Gérard Rameix³⁶, devant l'incurie de ses services administratifs sur ces sujets, a demandé officiellement l'adhésion de la CNAM à l'ADIMEHP !³⁷ Nous la trouvons pourtant bien faible en termes de budget de moyens ! Mais c'était la preuve de l'avance stratégique de l'hospitalisation privée et du bien fondé d'un syndicalisme de type "cogestion" à la paysanne ou à l'allemande... Le travail de l'ADIMEHP consistait en une animation forte des établissements impliqués dans les "expérimentations" qui se succédaient, en une représentation des Fédérations dans les "comités de pilotage nationaux" et les "comités techniques"

qui présidaient aux expérimentations et en d'innombrables formations opérées partout en France. Il y avait à l'époque plusieurs réunions de travail par mois !... La volonté collective était forte, c'est le moins qu'on puisse dire.

Le même accord de 1991 prévoyait aussi la mise en place de l'accréditation des établissements dans l'année. Là aussi, les Pouvoirs Publics ont traîné. Il fallait donc être proactif et oser créer un organisme pour gérer l'accréditation et pouvoir évaluer et prouver la qualité des prestations hospitalières. On ne pouvait hélas le faire qu'entre établissements privés, la FHF³⁸ n'était pas mûre... Tel était donc l'enjeu du BAQhp³⁹. Notons cependant qu'à l'époque il a été possible de créer ces institutions avec la FEHAP.

En fait, l'intention de l'UHP était de ne créer qu'un seul organisme, pour articuler la qualité et l'économie dans la régulation du système hospitalier. Mais, du point de vue institutionnel, le Président Serfaty a conditionné son accord au fait que, puisqu'il y avait deux fédérations et donc deux présidents, il fallait deux organisations. Il y eut donc l'ADIMEHP et le BAQhp. En fait le BAQhp a connu une difficulté dès le début. Les médecins étaient intéressés par le projet qui leur était régulièrement présenté. Un des enjeux était bien sûr de rassembler tout le monde. Sous l'impulsion de Serge Larüe-Charlus, tous les syndicats médicaux représentatifs en matière de médecine de plateaux techniques de l'époque ont su se rassembler. Hélas, au lieu de participer à la création des deux associations ADIMEHP et BAQhp, par un copier-coller de leurs statuts, ils fondèrent le COMEVA⁴⁰. Lors de la conférence de presse inaugurale commune, à la "*domus medica*", un journaliste futé a posé la bonne question : "*puisque vous vous entendez si bien entre établissements et médecins, pourquoi est-ce que vous créez deux organisations distinctes ?*" Les choses ont donc balbutié. Le COMEVA n'a jamais vraiment fonctionné. Le BAQhp, si. Il a en particulier permis de faire mûrir les idées et son action n'a pas été pour rien dans la fondation et dans les statuts de l'ANAES. C'est la réforme Juppé qui a permis la création de l'ANAES. Il a alors donc fallu que le BAQhp, qui avait en grande partie réussi sa mission, fasse évoluer son objet. Disons-le, l'articulation avec l'ANAES et plus particulièrement avec son Collège n'a pas été à la hauteur de ce qu'elle aurait dû être.

Claude Gueldry est arrivée dans cette période. Les actions de formations n'ont pas faibli, bien au contraire. Elles se sont structurées. L'ANAES ayant sorti le premier manuel d'accréditation, le premier manuel de préparation à l'accréditation a été fait par le BAQhp : il listait les questions qu'il fallait se poser. Le second a été fait par l'AP-HP⁴¹ : il listait les réponses qu'il convenait d'apporter aux experts visiteurs... Cette différence d'optique était bien significative et le BAQhp y a encore gagné en crédibilité ! Les premières évaluations faites des rapports d'accréditation ont été faites et publiées par le BAQhp, bien avant que l'ANAES ne s'y mette. Le BAQhp a aussi su développer de nouveaux services aux établissements qui faisaient appel à lui, en particulier, au-delà des formations, dans la préparation *in situ* des visites d'accréditation. Il a su continuer à publier des guides aussi nombreux qu'utiles.

C'est alors, avec les années 2000, que la FHP⁴² a été créée, par la fusion de l'UHP et de la FIEHP. Cette fusion signifiait surtout un changement de stratégie, l'abandon d'un syndicalisme de proposition au profit d'un syndicalisme de pure contestation. *"Pourquoi voulez-vous intervenir dans le travail de l'Etat, laissez-le faire leurs bêtises, on les attaquera ensuite devant les tribunaux..."*. La fusion du BAQhp et de l'ADIMEHP allait maintenant de soi. Elle eu donc lieu, en 2002, sous le vocable, fusionné lui aussi, de BAQIMEHP⁴³. Le juridique devenait conforme à la réalité puisque les équipes travaillaient depuis toujours ensemble et partageaient la même direction en la personne de Claude Gueldry. Surtout, il faut bien le dire, dans la nouvelle stratégie - syndicat faible techniquement et syndicat de pure contestation-revendication, le BAQIMEHP n'avait plus vraiment de place. La fidélité des adhérents directs, les établissements, la discrétion, l'acharnement au travail et la compétence technique des équipes ont, malgré tout, fait vivre le BAQIMEHP. La FHP a continué à subventionner. A un moment son nouveau président, Ken Danis, en a même vu l'utilité. Il avait perçu l'importance d'une approche en termes de résultats médicaux. Le BAQIMEHP se remettait en capacité d'innover, de créer, de préparer l'avenir non plus des seuls établissements mais du système, pour mieux garantir l'avenir et développer nos établissements. Mais les difficultés reviennent avec la création de la FHP-MCO. L'activité "PMSI" est retirée au BAQIMEHP⁴⁴ et les subventions sont réduites de façon drastique. Curieusement, alors que la FIEHP s'était, des années durant, opposée au développement d'activités de service, le duo FHP - FHP-MCO poussait le BAQIMEHP à ne plus vivre qu'à partir de la vente de ses publications et de ses services⁴⁵. Nouvelle mutation donc, difficile, mais que Claude Gueldry a su mener en rassurant et en renouvelant ses troupes⁴⁶.

Avec le départ de Claude Gueldry, on peut à nouveau se poser la question de l'avenir du BAQIMEHP. Difficile de le prédire. L'expertise technique reste une nécessité, mais y a-t-il toujours plus d'avantages que d'inconvénients à l'externaliser ? L'histoire, parfois, bégaye un peu. On voit réapparaître, timidement, un club de DIM, un club de soins palliatifs... La FHP semble vouloir à nouveau se doter d'une ligne stratégique plus influente et donc d'une capacité de propositions. De grands et nouveaux chantiers s'annoncent, comme le paiement à l'épisode de soins, au parcours patient. Les questions relatives au devenir des réseaux, de l'organisation de relations ville-hôpital, de l'évolution structurelle et capitalistique de nos établissements, des relations entre établissements et corps médical demeurent. La question de l'introduction de la dimension qualité dans le système d'allocation de ressources montre s'il en était besoin l'actualité de l'exigence de mise en cohérence. La fuite de l'Etat devant ses responsabilités en termes d'autorisation préalable. L'évolution des métiers et la tentation de la déqualification qui est celle de la DGOS pour plusieurs. L'inexpérience de l'Etat en matière de contrôles... Les chantiers sur lesquels des initiatives, des évaluations, des propositions seraient utiles, ces chantiers ne manquent pas. Faut-il, y a-t-il des avantages à avoir une organisation spécifique pour les porter ? Ce n'est, cela n'a jamais été, "évident" et cela vaut donc débat. Si la réponse est positive, faut-il organiser la suppléance d'un Etat dé-

faillant, faut-il aller plutôt dans le sens de sociétés savantes, ou de sociétés de service ?...

En attendant, le départ de Claude Gueldry justifiait ce petit temps d'arrêt. L'histoire du BAQIMEHP est significative de l'évolution du système hospitalier et de la façon dont les cliniques et hôpitaux privés s'y insèrent. Cette histoire est la nôtre.

Au niveau de l'institution elle-même, il y eut durant toutes ces années une vraie direction. Contrairement à ce que croient souvent nos concurrents, le but principal d'un dirigeant d'entreprise n'est pas, d'abord, de faire du profit. Il est avant tout d'assurer la pérennité de ses équipes et le développement de son entreprise, même dans un environnement changeant. Le profit est alors une résultante. Le BAQIMEHP n'était pas à but lucratif, mais Claude Gueldry a su tout au long de ces 15 ans mouvementés se conduire en vrai capitaine d'industrie. Chapeau donc et grand merci pour ces 15 ans !... Et bon vent à l'équipe actuelle dirigée par Laetitia Buscoz.

Alerte rouge sur les tissus humains !

Nous avons diffusé cette semaine un volumineux dossier constitué à partir d'articles et de traductions parues dans le Monde et d'éléments complémentaires repris du site de l'**International consortium of investigative journalists (ICIJ)** sur les **trafics de tissus humains**⁴⁷.

On savait que les organes et les tissus humains faisaient l'objet d'un commerce pas toujours très recommandable. Les problèmes sont devenus beaucoup plus complexes, graves et étendus qu'on pouvait se l'imaginer. Cette enquête est sérieuse. Les faits accumulés sont suffisamment nombreux et étayés pour nous alerter, tous. Ses conclusions sont terrifiantes. Il faut les connaître.

Surtout, si la France paraît relativement mieux protégée que beaucoup d'autres pays, même développés, elle n'est pas, pour autant, à l'abri de risques importants. Ces risques sont au minimum de deux natures. Risque qualité et sécurité pour les patients car les produits sont mal contrôlés et la traçabilité très défaillante. Risque de conforter, même involontairement, des trafics aussi puissants et opaques que criminels et rémunérateurs.

Sur le premier il faut espérer que cette enquête justifiera un contrôle accru de nos organismes officiels, de l'ANSM⁴⁸ en particulier, mais aussi des initiatives sur les trois niveaux français, européens et internationaux.

Sur les deux, la connaissance de ces faits justifie à elle seule un audit interne dans nos blocs opératoires (ligaments, valves cardiaques, cornées, colles chirurgicales, chirurgie orthopédique, dentaire, esthétique...) et dans nos pharmacies, des mesures de contrôle et de vérification strictes, probablement une refonte de nos procédures d'achat, une saisine de nos CME...

Voilà un dossier sur lequel il faut se former et qu'il faudra suivre... Une responsabilité spécifique qu'il faut sans doute situer dans nos organigrammes, nos définitions de fonction. Plus qu'une attention nécessaire, une responsabilité, sans doute nouvelle, mais importante et urgente pour beaucoup de nos directions.

Un modèle de statuts pour les SISA

Nos Ordres professionnels⁴⁹ se sont tous mis d'accord sur un modèle de statuts de Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)⁵⁰. On ne peut que s'en réjouir. Cette unanimité porte sens et le document proposé rendra service.

Le commentaire du CNOM en dit pourtant long sur un outil fait pour simplifier et permettre des organisations adaptées à nos pratiques comme à celles qu'il nous faut développer :

"Ce modèle sera utile aux médecins qui souhaitent s'engager dans les activités interprofessionnelles circonscrites par la réglementation, avec des auxiliaires médicaux, des sages-femmes, des chirurgiens dentistes ou des pharmaciens et qui souhaitent également mettre en commun leurs moyens d'exercice. Malgré un environnement juridique excessivement lourd et complexe (ces sociétés sont corsetées par le Code Civil et le Code de la Santé Publique) nous nous sommes attachés à rédiger des statuts les plus simples et le plus souples possibles."

Il faudra veiller à adapter ces statuts car les statuts sont toujours faits pour préciser la loi dans le contexte précis d'une situation concrète, en fonction d'un projet d'entreprise précis. Les statuts ne sont pas une surcouche réglementaire, ils précisent les choix d'organisation que les associés veulent préciser entre eux. Mais c'est toujours utile de pouvoir s'inspirer d'un document plus général mais bien réfléchi.

Au-delà, on peut regretter que les Ordres n'éprouvent pas le besoin d'être aussi proactifs pour développer un droit de la coopération spécifique, souple, simple, adapté et adaptable car non corseté. S'adapter au corset est utile. S'en libérer en se dotant d'habits adaptés à l'activité que l'on veut développer c'est mieux. N'est-il pas temps de reprendre le chantier ouvert il y a quelques années avec le Président Glorion, promis par le rapport Larcher, espéré à chaque hoquet juridique sur les GCS⁵¹, promis par la réforme de la biologie, promis par le rapport Elisabeth Hubert ? Ce serait bien, ce serait utile.

En attendant, ce modèle de statuts est un bon début.
Bravo les Ordres. Il faut poursuivre !

L'infirmière oncologue... aux USA

La dernière livraison du **Bulletin du NCI**⁵² nous offre un bien intéressant **dossier sur les infirmières oncologues**. Ce dossier n'est pas exhaustif, mais il aborde quand même beaucoup de sujets. Il est aussi très riche de liens Internet qui permettent d'avoir directement accès à une somme de documents aussi utiles qu'intéressants. D'un point de vue subjectif on peut dégager quelques points parmi d'autres.

Une fois de plus on est frappé de l'approche pragmatique dont sont capables les Anglo-Saxons. Les approches sont concrètes et directes, dépourvues des prudences et des mots codés obligatoires chez nous.

On ne trouve pas trace dans ces articles de nos débats sur "délégation de tâches" et "transferts de tâches". Alors bien sûr, les choses sont difficilement comparables, le droit n'est pas le même. Ce qui frappe c'est la répétition chez plusieurs auteurs, infirmiers, de leur souci de "donner du temps" à l'oncologue. On voit la nuance... D'autant plus que donner du temps ce n'est pas seulement libérer l'oncologue en "*aidant à soulager la charge de travail des médecins*" mais bien plus "*apporter des compétences complémentaires, des aptitudes et des perspectives en ajoutant largeur et la profondeur à la prise en charge des patients*".⁵³

On est frappé une fois de plus par la multitude des titres et des diplômes infirmiers aux USA. Le sujet vaudrait d'être creusé. On connaît la rigidité de notre "décret de compétence". Les Américains ont des profils de carrière beaucoup plus fluides que les nôtres. Et pourtant les filières de formation sont beaucoup plus nombreuses. Comment concilier les deux ? On reste ici un peu sur notre soif, mais il est des soifs ou des curiosités qui sont fondatrices...

Les infirmières sont de plus en plus impliquées dans les inclusions dans les essais cliniques, à tel point que leur formation en tient compte maintenant dans plusieurs cursus. Leur intervention s'y fait aussi dans la prise en charge des questions éthiques posées par ces essais, avec un point de vue aussi utile que spécifique.⁵⁴

On est curieux de lire l'article sur le rôle des infirmières dans la "navigation des patients"⁵⁵, mais surpris et intéressé de voir que ce que nous appelons l'infirmière de coordination est surtout là-bas une infirmière qui facilite l'entrée et le suivi dans le système de soins des plus défavorisés...

Comme chez nous on voit bien que l'évolution de la prise en charge en cancérologie s'étend de plus en plus, y compris dans "l'après cancer" et autour du patient. Les expériences décrites semblent montrer que les USA sont plutôt en avance sur nous, en particulier dans le soutien aux familles et aux proches.⁵⁶

On craint l'article sur le burnout. En fait il est très instructif car il permet de dégager, bien mieux que beaucoup des nombreux articles sur le sujet, ce qui relève du burnout proprement dit, des effets d'un stress traumatisant et de la

fatigue compassionnelle. Les développements sur cette dernière sont particulièrement intéressants et adaptés à notre environnement⁵⁷.

Bref, un dossier bien intéressant qui, au-delà de nos questions de "délégations" et de "transferts", remet en valeur les notions d'équipe de soins, de respect, de développement et d'articulation de chacun de nos métiers. "*Les infirmières jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'efficacité, de la productivité, de la sécurité et de la qualité des soins afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients. L'infirmière est à part entière un membre de l'équipe des professionnels de santé. Ces professionnels doivent travailler ensemble en développant des relations efficaces et partenariales avec les patients et leurs familles afin d'atteindre les meilleurs résultats pour les patients.*" C'est une affirmation de Mary Magee Gullatte, Présidente de l'Oncology Nursing Society...

¹ Anne Bayke-Iniguez - *Dépassements d'honoraires : les députés socialistes rappellent la menace du recours à la loi* - Le Quotidien du Médecin du 26 juillet 2012

² Olivier Auguste - *Les dépassements d'honoraires dans le viseur - Médecins, Sécu et complémentaires ouvrent une nouvelle négociation pour réduire le problème. Le gouvernement leur donne jusqu'à l'automne* - Le Figaro du 24 juillet 2012

³ Marisol Touraine au Figaro : numéro déjà cité

⁴ Vincent Collen - *Médecins : vers une petite hausse de certains tarifs des spécialistes* - Les Echos du 26 juillet 2012

⁵ APM - *Dépassements d'honoraires des médecins : l'Uncam se donne jusqu'au 17 octobre pour aboutir à un accord* - vg/ab/APM polsan - VGPGP003 25/07/2012 15:42 ACTU

⁶ Marisol Touraine - *Propos rapportés par Cyrille Dupuis - Dépassements : la hausse des tarifs Sécu, clé de la « négo » et casse-tête à la fois* - Le Quotidien du Médecin du 26 juillet 2012

⁷ Propos recueillis par Elsa Sabado - Marc Morel, directeur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) - *Paroles : « Il faut revaloriser le tarif du secteur 1 et réguler l'installation des médecins »* - La Croix - Dossier sur les dépassements d'honoraires - le 25 juillet 2012

⁸ A ce jour, il n'est même pas question de la CCAM clinique. La réforme du K15, prête de-

- puis 12 ans, et l'équité en anatomopathologie, n'en parlons pas !
- ⁹ APM - *Dépassements d'honoraires des médecins : l'Uncam se donne jusqu'au 17 octobre pour aboutir à un accord* - vg/ab/APM polsan - VGPGP003 25/07/2012 15:42 ACTU ou Anne Bayke-Iniguez - *Premières « négos » sur les dépassements : la profession entre scepticisme et inquiétude* - Le Quotidien du Médecin du 25 juillet 2012
- ¹⁰ Géraldine Bloy sociologue au laboratoire d'économie et de gestion (CNRS) à l'université de Bourgogne - *Honoraires libres : pourquoi les médecins résistent* - Propos recueillis par Laetitia Clavreul - Le Monde du 26 juillet 2012
- ¹¹ Eric Favereau - Interview de Frédéric Van Roekeghem - « *Demander un effort aux médecins* » - Libération du 24 juillet 2012
- ¹² Anne Bayke-Iniguez - *Dépassements : « négociations difficiles mais espoir d'un accord », juge le directeur de la CNAM* - Le Quotidien du Médecin du 25 juillet 2012
- ¹³ Idem
- ¹⁴ Cyrille Dupuis - *Dépassements d'honoraires : top départ d'une négociation à hauts risques* - Le Quotidien du Médecin du 24 juillet 2012
- ¹⁵ Vincent Collen - *Médecins : vers une petite hausse de certains tarifs des spécialistes* - Les Echos du 26 Juillet 2012
- ¹⁶ Michel Chassang - Idées - *Les médecins sont mal rémunérés* - Le Monde du 25 juillet 2012
- ¹⁷ Martial Olivier-Koehret - Opinions : "*Dépassements tarifaires des médecins, il faut tout remettre à plat*" - La Tribune du 26 Juillet 2012
- ¹⁸ MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
- ¹⁹ Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé - MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, Sénateurs - n° 703 - Enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juillet 2012
Cf. mail UNHPC 12/474 du jeudi 26 juillet 2012
ou :
- ²⁰ Cf. mails UNHPC 12/266 du 14 avril 2012, 12/293 du 24 avril 2012, 12/369 du 7 juin 2012 et 12/397 du 26 juin 2012. Tous ces comptes rendus d'audition sont repris en fin de rapport, ce qui est une très bonne initiative.
- ²¹ Le passage entier montre bien les limites du rapport : "*Le risque de sélection des malades et de réorientation vers les activités programmables et les plus « rentables » a également été évoqué. La T2A pourrait encourager des stratégies de spécialisation privilégiant les actes répétitifs ou la chirurgie ambulatoire au détriment d'activités plus lourdes et plus complexes ou, au contraire, impliquant peu d'actes techniques et donc peu valorisées. De telles stratégies sont néanmoins difficilement envisageables au niveau des plus grands établissements ou de ceux qui assurent des missions de service public.*" (p. 66, reproduit presque à l'identique p. 129). Pas une phrase qui ne tienne dans ce paragraphe reproduit ici en entier...
- ²² p. 102
- ²³ p. 96
- ²⁴ BAQIMEHP : Bureau d'assurance qualité et de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
Cf. : <http://www.baqimehp.com/>
- ²⁵ ADIMEHP : Association pour le développement de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
- ²⁶ BAQHP : Bureau d'assurance qualité de l'hospitalisation privée
- ²⁷ DH : Direction des hôpitaux, devenue DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) le 21 juillet 2000, puis DGOS (Direction générale de l'offre de soins) le 15 mars 2010
- ²⁸ ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Sous la direction d'Yves Matillon, l'ANDEM a permis d'implanter en France la plupart des outils et méthodes d'évaluation de la qualité dans le système de santé.
L'ANDEM avait été créée en septembre 1989 par décision ministérielle, sous forme d'asso-

ciation "loi 1901". Son installation officielle date du 20 avril 1990.

Elle a été dissoute lors de la création de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 1996 (ordonnance dite Juppé, n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé). L'ANAES a été opérationnelle en janvier 1997. Son conseil d'administration rassemblait tous les acteurs du système hospitalier. Seuls les professionnels avaient voix délibérative sur les sujets tenant à l'évaluation des pratiques et à l'accréditation des établissements. Ils contrôlaient les nominations au Collège, organisme chargé de l'accréditation des établissements (rebaptisée certification avec la HAS). Ses financements étaient publics (Etat et caisses d'assurance-maladie) mais sa légitimité était d'origine professionnelle.

L'ANAES a elle-même été remplacée par la Haute Autorité de santé (HAS) créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. La HAS est une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale », à légitimité exclusivement politique.

²⁹ UHP : Union hospitalière privée

³⁰ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

³¹ Objet de l'ADIMEHP selon les statuts lors de sa fondation début 1992 : "L'Association a pour objet de favoriser la mise en place d'un nouveau système de tarification, plus particulièrement par l'expérimentation et la mise en œuvre de tous moyens nécessaires à la détermination de groupes homogènes de malades, et à l'élaboration du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, selon le cahier des charges de l'expérimentation PMSI du secteur privé, de ce qui lui succédera, de ce qui le complétera ou de ce qui permettra l'extension de son champ, en particulier en psychiatrie, soins de suite et long séjours."

³² FIEHP : Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée

³³ FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

³⁴ OQN : Objectif quantifié national. Autre conquête de l'accord du 4 avril 1991 : il instaurait une régulation par enveloppe en ne tombant pas dans le piège du budget global, mais en instaurant au contraire une "concurrence fictive" entre établissements.

³⁵ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

³⁶ Gérard Rameix a été directeur de la CNAM de 1993 à 1997. Contrairement à Gilles Johanet il avait perçu l'importance stratégique de l'information médicale. Par ailleurs sous sa direction, la CNAM avait su travailler en bonne intelligence avec la DHOS et sa directrice Claire Bazy-Malaurie.

³⁷ Bien sûr la bureaucratie a vite pris l'ascendant sur la volonté du Directeur Général. Il y eut quand même plusieurs réunions de travail. Pour l'humour, rappelons que devant l'opposition dite "culturelle" de la bureaucratie de la CNAM et sa volonté hégémonique, un nom avait même été proposé et il a servi durant plusieurs de ces réunions : le BAQIMEHP aurait été rebaptisé CNAMADIT pour bien signifier l'hégémonie de la CNAM ! Plus sérieusement rappelons qu'aujourd'hui encore la création d'un organisme interprofessionnel rassemblant au moins l'Etat, les Caisses, les fédérations d'établissements et les organisations représentatives des médecins se pose toujours !

³⁸ FHF : Fédération hospitalière de France

³⁹ Mars-Juin 1992 : Article 2 (objet) des statuts du BAQhp à sa fondation : "Afin de permettre aux établissements hospitaliers privés, de mettre en œuvre une politique d'évaluation des pratiques et d'analyse des activités, sous l'aspect qualitatif, l'association a pour objet d'associer tous les acteurs du secteur pour définir ensemble les principes fondamentaux d'une politique d'assurance de qualité, et en contrôler l'application."

⁴⁰ Le COMEVA (Comité national de l'évaluation médicale de l'hospitalisation privée) a été créé le 17 juillet 1992 à Paris. Le COMEVA était une structure technique créée à l'initiative conjointe de quatre syndicats nationaux représentatifs : la CSMF (Confédération des syndicats médicaux français), la FMF (Fédération des médecins de France), le SML (Syndicat des médecins libéraux) et l'UCCSF (Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français). L'objet du COMEVA était le même que ceux de l'ADIMEHP et du BAQhp et recouvrait donc à la fois le PMSI, la tarification à la pathologie, l'évaluation des pratiques et l'ac-

créditation des établissements, l'élaboration de politiques médico-économiques claires et cohérentes.

- ⁴¹ AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris
- ⁴² FHP : Fédération de l'hospitalisation privée. La FHP est née le 24 juillet 2001.
- ⁴³ Le "nouveau" BAQIMEHP s'est vu confier deux grandes missions. Une mission d'intérêt général portant d'une part sur la qualité et la certification, d'autre part sur l'information médico-économique ; une mission de formation et d'accompagnement des établissements (qualité, gestion des risques, EPP, PMSI...). Au fil des ans il s'est aussi vu confier des missions de représentation technique, à la HAS par exemple.
- ⁴⁴ La "mission d'intérêt général" sur l'information médico-économique a été supprimée en 2009 par transfert sur la FHP et la FHP-MCO
- ⁴⁵ Le BAQIMEHP est sur une moyenne de 60 sessions de formation inter-entreprises et 150 établissements formés par an soit environ 10.000 stagiaires par an. C'est dans ce cadre aussi que Claude Gueldry a su développer des relations suivies et confiantes avec la HAS. Ex : depuis 2008, le BAQIMEHP bénéficie d'une délégation de formation sur les indicateurs IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins). En juin 2012, la HAS a confié au BAQIMEHP le soin d'organiser et d'animer les formations pour l'ensemble des établissements de dialyse des cliniques et hôpitaux privés.
- ⁴⁶ L'équipe du BAQIMEHP a varié en effectifs et en qualifications au cours du temps mais on peut dire qu'elle a été composée d'environ 6 permanents, de 7 vacataires sur la qualité et de 4 vacataires sur le PMSI.
- ⁴⁷ Cf. mail UNHPC 12/478 du vendredi 27 juillet 2012. Le dossier du Monde est paru dans le numéro du dimanche 22 juillet sous le titre générique "*Enquête - Tissus humains : de l'industrie au trafic*". "*La transformation des tissus corporels connaît un formidable développement. Victime de ce succès, le secteur, légal mais mal contrôlé par les autorités sanitaires, fait l'objet de pratiques internationales opaques, voire criminelles.*" De très nombreux éléments de l'enquête de l'ICIJ, à l'origine de ce dossier, sont téléchargeables sur le site de l'ICIJ : <http://www.icij.org/tissue>
- ⁴⁸ ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
- ⁴⁹ Ordre national des chirurgiens dentistes, Ordre national infirmier, Ordre des masseurs kinésithérapeutes, Ordre national des médecins, Ordre national des pharmaciens, Ordre national des pédicures-podologues, Ordre national des sages-femmes
- ⁵⁰ Cf. mail UNHPC 12/479 du vendredi 27 juillet 2012 ou <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/modele-de-statuts-de-societes-interprofessionnelles-de-soins-ambulatoires-sisa-1198>
- ⁵¹ GCS : Groupement de coopération sanitaire
- ⁵² NCI (National Cancer Institute) Cancer Bulletin - Special Issue: Oncology Nursing - July 24, 2012 • Volume 9 / Number 15
Cf. mail UNHPC 12/477 du jeudi 26 juillet 2012 avec l'intégralité du dossier et quelques documents complémentaires dont le Plan stratégique 2012-2016 de l'ONS (Oncology nursing society) ou <http://www.cancer.gov/ncicancerbulletin/072412/>
- ⁵³ Elia Ben-Ari - *Nurses and Physicians - Collaborate to Improve Cancer Care*
- ⁵⁴ Sharon Reynolds - *A Balancing Act: Nursing and Ethics in Clinical Trials - Nurses working on clinical trials must balance their obligations to patients with their obligations to research.*
- ⁵⁵ Edward R. Winstead - *As Patient Navigation Expands and Evolves, Nurses Assume Many Roles*
- ⁵⁶ Carmen Phillips - *Innovative Program Aims to Improve Support for Cancer Family Caregivers*
- ⁵⁷ Brittany Moya del Pino - *Emotional Rescue: Addressing Compassion Fatigue in Oncology Nursing*
Cf. aussi la "professional quality of life scale - compassion satisfaction and fatigue subscales - Revision IV" (ProQOL R-IV) diffusée dans le même mail UNHPC

Réinventer le système de santé

- 📌 Petit bilan de l'été
- 📌 Quelques réflexions américaines sur la productivité et le coût de leur système
- 📌 Terra Nova "réinvente" le système de santé
- 📌 Chirurgie ambulatoire : toilettage des décrets de 1992

***Etatisme et centralisme
sont aussi nocifs que
l'individualisme
et les corporatismes
à la pérennité de
notre système de santé.
Il nous faut des réformes
plus "inventives"***

Date de parution : lundi 27 août 2012

Mots types : IGAS - Sénat - ATIH - DGOS - Dépassements - Rapports - Guides - Humour - USA - Fraude - Economies - Dépenses inutiles - PIB - Think tank - D. Benamouzig - T2A - O. Lyon-Caen - Dette - Médecin de famille - Médecin traitant - Productivité - Rémunération - Etatisme - Corporatisme - Individualisme - FHP - UCDF

Après quelques semaines, nous reprenons ces Chroniques hebdomadaires. C'est l'occasion d'un rapide et très subjectif bilan de l'été.

Nous dégagerons aussi des parutions de cet été un certain nombre d'articles d'origine américaine qui nous ont paru coller parfaitement aux réflexions françaises en cours sur l'évolution des dépenses de santé et méritaient donc une attention particulière.

Cette semaine a surtout été marquée par la parution d'un rapport du "think tank" Terra Nova qui ne propose rien moins que de "*réinventer notre système de santé*". On dit ce think tank proche du pouvoir ou, au moins, de certains de ses représentants. Il faut donc se pencher sur ce rapport comme sur un rapport potentiellement important.

Comment ne pas signaler aussi la sortie, enfin ! du "décret chirurgie ambulatoire" promis depuis longtemps. Mais compte tenu de la longueur de cette

chronique de rentrée nous en remettons le commentaire à la semaine prochaine.

Après deux mois d'été

C'est la rentrée ! Nous souhaitons à nos lecteurs toute la forme nécessaire pour affronter les temps à venir et leurs difficultés annoncées. Nos activités sont à feux continus, comme on dit dans l'industrie, et beaucoup ne sont pas partis durant ces deux mois d'été afin d'assurer permanence et continuité. Au-delà de la reconnaissance qu'ils méritent nous leur souhaitons de pouvoir trouver eux aussi le temps nécessaire pour se ressourcer.

On peut dire que ces deux mois d'été ont été relativement calmes. Nous avons connu plus actif. Pourtant nous sommes une fois de plus frappés par l'inflation de la documentation que nous vous devons. Hélas le compteur de Legifrance sur l'évolution du volume des textes est toujours "en panne" : le message reste désespérément le même : "*Rubrique en cours de refonte*".¹

Alors, essayons notre propre petit compteur. Concernant les mails d'information envoyés à nos adhérents depuis le début de l'année, nous sommes à ce jour au numéro 510. Jamais nous ne vous avons envoyé autant de documents. Chaque année nous en sommes effrayés. Chaque année c'est pire. Pourtant nous faisons le point : le champ couvert n'évolue pas et notre champ reste spécialisé ! Lorsque nous interrogeons nos adhérents, les réponses sont toujours les mêmes : "*non, il faut continuer. Tout n'est pas immédiatement utile, mais il faut continuer à nous envoyer tout. A nous de faire le tri en fonction de nos besoins et de nos activités*".

L'avalanche continue pourtant à nous interroger. Sur ces deux mois d'été, nous vous avons envoyé 100 mails. 39 diffusaient de la réglementation, 25 des rapports officiels, 25 des guides en tous genres. Les trois sont significatifs. La production de textes réglementaires ne tarit pas. Mais elle est maintenant très largement complétée, au rythme actuel, elle sera rapidement doublée, par la production de "guides" et de "recommandations" officiels ! La critique de cette folie a été faite et refaite. Notre Ministre n'a pas encore eu l'occasion de la dénoncer. Cela ne saurait tarder. Malgré tout, année après année, cela continue ! Les juristes, de leur côté, devraient prêter attention à l'évolution de la hiérarchie du droit dans le secteur de la santé. Les circulaires ne suffisent plus. On voit en effet se développer de nouvelles couches qui ne sont pas "enseignées" dans les Universités : celle des "avis" et celle des "guides"...

La montée en puissance des "rapports" est elle aussi impressionnante. Dans la mesure où les administrations et Agences sont maintenant contraintes de faire des "rapports d'activité" et des "rapports au Parlement", c'est plutôt un progrès.

Mais, les Tutelles se rendent-elles compte de l'organisation, de l'énergie et du temps nécessaire pour absorber toute leur production dans chacun de nos établissements ?

En ces temps de rentrée nous ne pouvons que souhaiter bon courage à ceux qui ont pris du retard...

Parmi les "**rapports**" importants de l'été signalons :

- celui du Sénat sur le financement des établissements²,
- l'étude de l'ATIH³ "Adéquation financement - « charges »", à la méthodologie aussi compliquée qu'importante (nous avons intégré ses résultats dans la prochaine version de notre application T2A tarifs MCO⁴ qui devrait sortir rapidement, avec, aussi, la mise à jour des caractéristiques des GHM⁵ 2011)⁶,
- ou encore le tout récent rapport de Terra nova que nous commentons ci-dessous.

Mais aussi trois rapports de l'IGAS :

- le Rapport sur l'Evaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé⁷,
- le Rapport sur les propositions pour la maîtrise de l'Ondam 2013-2017 (rapport signé IGAS⁸ et IGF⁹)¹⁰,
- le Rapport sur les fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?¹¹

Des rapports nous en aurons d'importants dans la perspective du prochain PLFSS¹².

Des guides, nous en avons aussi sous presse, pour septembre. Citons par exemple, au stade de la "concertation", le "Guide pour la rédaction d'un Plan d'Organisation de la Physique Médicale" (POPM) - ASN¹³ - SFPM¹⁴ ou le Guide méthodologique de la DGOS¹⁵ "Evolution des réseaux de santé en vue d'un renforcement de la coordination des soins".

L'été a aussi été marqué par le début des "**négociations conventionnelles**" sur les dépassements d'honoraires. En fait il s'agissait surtout de fixer le calendrier des réunions qui vont maintenant se succéder rapidement.

Plusieurs débats ont eu lieu sur les ondes. Ceux de France Inter et de France Culture ont dominé. Hélas ils étaient piégeant pour nos représentants (Philippe Cuq, malgré ces difficultés, a su rester calme et s'en tirer aussi bien que possible) et très conventionnels dans la forme. Les médias aiment particulièrement les critiques virulentes des dépassements qui ne proposent rien pour en sortir, car, comme chacun sait, les libéraux sont par nature vénaux et cupides. Il convient donc de les dénoncer mais tout autant de pas changer les règles du jeu qui pourraient les faire apparaître pour ce qu'ils sont ou devraient être : de vrais serviteurs du service public ! On a donc souvent des débats enflammés mais qui ne touchent pas à l'essentiel, qui n'abordent pas le problème au fond. On a pourtant eu droit cet été à la publication de "libres opinions" importantes et intéressantes sur le sujet : citons par exemple celles de Michel Chassang¹⁶, de Martial Olivier-Koehret¹⁷ et de Lamine Gharbi¹⁸.

Au-delà de ces "négociations" conventionnelles, le PLFSS qui se prépare sera d'une particulière importance. Michel Chassang va jusqu'à dire dans le numéro d'été du "Médecin de France" : "*la loi sur le financement de la sécurité sociale pour 2013 est la mère des batailles pour l'avenir de la médecine libérale*"¹⁹ !

De plus en plus souvent l'été est marqué par des problèmes sur tel ou tel médicament ou dispositif médical. L'an dernier, l'anesthésie était au premier rang. Cette année, c'était l'ophtalmo. Nous avons eu droit au feuilleton "**Immucyst**" qui semble heureusement en voie de résolution définitive.

Pour terminer sur une note d'**humour** nous avons aussi eu droit cet été à des histoires ou à des prises de positions à la Pierre Dac. Citons-en quelques-unes :

Deux professeurs, membres de l'Académie de médecine, constatant que le directeur d'hôpital désigne maintenant les chefs de pôle et qu'il est garant de l'application du budget posent une question amusante dans le Figaro²⁰ : "*Est-il raisonnable de soumettre ainsi les médecins hospitaliers à l'autorité de directions administratives dont la vocation et le métier ne sont pas l'acte de soin ?*" Comme chacun sait, le directeur de Renault n'a ni pour vocation ni pour métier de faire des automobiles !

Les mêmes, ne manquant décidément pas d'humour, poursuivent en affirmant "*Après un cursus universitaire bac + 10, les jeunes médecins sont en droit d'attendre le soutien que nécessite leur mission : lutter contre la maladie et la mort.*" A moins que ce soit le Figaro qui ait inversé les propos de nos académiciens qui voulaient peut-être rappeler que la société pouvait aussi avoir quelques exigences sur celui qui a eu la chance et le privilège de profiter de dix ans d'études supérieures !

"*Par l'entremise d'un recours gracieux formulé le 17 juillet dernier auprès de la DGOS et de la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Conférence des Directeurs généraux (DG) de CHU-CHR et celle des directeurs de CH menacent d'inviter les Établissements publics de santé (EPS) à "se désengager" de l'expérimentation de la facturation individuelle (FIDES²¹)...*"²² Bien sûr ! A quoi ça sert de savoir et de pouvoir facturer ce que l'on fait quand l'argent public vous est dû pour ce que vous êtes ! Devoir facturer ? Vous n'y songez pas !

"*Suite à la dégradation opérée fin juillet par l'agence d'évaluation financière américaine Moody's sur les deux premières émissions obligataires engagées en 2009 et 2010 par les CHU-CHR, le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-E) estime que la DGOS a réagi "mollement" sur ce dossier. "Peut-on accepter que la gouvernance de nos hôpitaux et la démocratie sanitaire soient dictées par les conseils d'administrations des banques ? Une telle intrusion des marchés sur l'endettement (nécessaire pour leur développement) de nos hôpitaux, et au-delà sur notre système de santé, est intolérable. Ce ne sont pas là de banales marchandises comme des ordinateurs jetables ou des casseroles !", s'exclame le syndicat.*

Au passage, celui-ci salue l'initiative du gouvernement d'ouvrir l'accès du Grand emprunt aux investissements hospitaliers."²³ C'est bien connu, le marché c'est le diable. Mais emprunter sans se soucier de sa capacité de rembourser, c'est un droit ! Le marché s'en réjouit. Mais gare aux casseroles !

"Ceux qui pensent que les pétitions ne servent à rien vont devoir revoir leur jugement. Celle lancée pour dénoncer l'usage des chemises d'hôpital ouvertes dans le dos avait récolté vendredi après-midi près de 8.200 signatures. Mais surtout Marisol Touraine a annoncé qu'elle avait saisi les services du ministère sur cette problématique. "Je partage le sentiment qui est le vôtre, à savoir que l'intimité de la personne doit être respectée dans l'ensemble du processus de soins...". Vive la France ! Dire qu'il y en a encore qui ne veulent pas de "direction" à l'hôpital. Pourtant un "directeur", ou même un "cadre" qui s'occuperait de la décence des chemises proposées aux patients de son établissement, ce serait pas mal, non ? En attendant heureusement qu'on a un Ministre !... et qu'on a le droit de s'adresser au Prince ! D'ailleurs, c'est un scoop révélé par la presse cet été "le CHU de Nîmes investit 45 centimes supplémentaires pour des blouses plus respectueuses"²⁴ ! Heureusement qu'on a l'info ! Mais comment ont-ils fait, le "guide" des chemises n'est même pas encore sorti ?

Bref, bonne rentrée !

Réflexions sur les "économies" aux USA

Le système de santé américain n'est pas exemplaire, loin de là. Mais la capacité des Américains à se remettre en question sans langue de bois l'est souvent. Comment ne pas être frappé par la qualité de plusieurs articles que nous avons diffusés durant l'été sur le thème des économies à trouver et de la nécessaire amélioration de la productivité du système. Les esprits forts pourront penser qu'on n'a pas de leçon à recevoir des Américains et qu'il leur est facile de trouver matière à économie tant leur système est dispendieux. Non, ces articles sont exemplaires. Ils nous donnent des idées pour procéder aux mêmes analyses, aux mêmes remises en questions car, au-delà des différences de système, les exigences de productivité sont les mêmes. La majorité de ces articles sont beaucoup moins "politisés" que nos approches, du coup ils paraissent d'autant plus pertinents et instructifs.

En cette période de rentrée nous nous permettons donc de souligner une fois encore l'intérêt de quelques-uns d'entre eux.

- Le dossier de HealthAffairs paru le 31 juillet sous forme d'un "**Policy brief**" et consacré à la lutte contre les fraudes et les abus dans le système de santé américain. **Eliminating Fraud and Abuse**. "*Parmi les outils de Medicare et de Medicaid destinés à réduire les "indus", beaucoup sont prometteurs en termes d'économies. Mais les défis de mise en œuvre restent nombreux*".²⁵

- Ce "Policy brief" citait un article plus ancien mais passionnant de Donald M. Berwick et Andrew D. Hackbarth paru en avril dans le journal de l'American Medical Association (JAMA) sous le titre **Eliminating Waste in US Health Care** (Comment éliminer les dépenses inutiles dans le système de santé américain ?). Nous l'avions donc joint. S'il n'y en a qu'un à lire c'est bien celui-là. Il nous montre que si le sujet de fraudes et celui de la pertinence sont de vrais sujets, il faut, on peut, aller beaucoup plus loin si l'on veut être efficace.

"Il y a urgence à réduire les coûts du système de santé aux États-Unis afin de les rendre supportables pour les payeurs publics et privés. En général, les programmes de réduction des coûts privilégient la contrainte de la demande, par la réduction du niveau de couverture, des tarifs et des honoraires et des produits et prestations remboursables. Une stratégie moins délétère consisterait à réduire les gaspillages et les actes inutiles. Les économies potentielles sont immenses. Si l'on ne retient que 6 grands types de gaspillages - les traitements excessifs, le manque de coordination des soins, des défaillances dans l'exécution des prestations de soins, la complexité administrative, l'inadéquation des prix, les fraudes et les abus - les estimations les plus basses dépassent 20 % du total des dépenses de santé. La réalité pourrait nous conduire très au-delà. Les économies potentiellement réalisables à partir de la poursuite systématique, précise et collective d'une partie seulement de ces gaspillages sont beaucoup plus élevées que celles que peuvent apporter les politiques restrictives en matière de prestations de soins et de couverture. Par contre les dégâts économiques potentiels peuvent être graves et cela justifie des stratégies de transition adaptées et comprenant des politiques d'accompagnement protectrices."²⁶ L'article passe en revue, un par un, les 6 grands types de "gaspillages". Passionnant.

A quand un article aussi libre et perspicace sur la situation française et prenant en compte nos coûts et nos "gaspillages spécifiques" ?²⁷

Trois articles parus dans le New England, dans la perspective des élections américaines :

- **When the Cost Curve Bent** (Quand la courbe des dépenses de santé s'incurve). Les auteurs présentent une intéressante étude de corrélation entre l'évolution des composantes des dépenses de santé et l'évolution du PIB aux USA. Leur approche peut être considérée comme un peu optimiste car il ne prend pas le PIB réel en référence mais un "*PIB potentiel*". Il n'empêche, le suivi sur le long terme de la contribution de chacune des composantes des dépenses de santé à l'excédent de taux de croissance par rapport au PIB est significatif. L'outil présenté est intéressant et nourrit la réflexion. Aux USA, le débat sur l'écart entre les deux est le même qu'en France ("à qui la faute ?"). Ce type d'outil permet de le nourrir. Par contre les auteurs ne se prononcent pas sur la durabilité éventuelle de ce qui apparaît aujourd'hui aux USA comme un ralentissement sur le long terme du taux de croissance des dépenses de santé, hors l'effet de la réforme Obama.²⁸

- **A Systemic Approach to Containing Health Care Spending** (une approche systémique pour maîtriser les dépenses de santé) fait 11 propositions différentes. Instructif. *"Ce sont les types de solutions à grande échelle qui sont nécessaires pour contenir les coûts du système de santé. Bien que beaucoup d'acteurs du système estiment que ce n'est pas dans leur intérêt, il est un fait qui s'impose : ce qui ne peut pas continuer ne va pas continuer."*²⁹
- **"Bending the Cost Curve through Market-Based Incentives"** est plus typiquement américain puisqu'il s'intéresse aux conséquences de la définition d'un panier de soins minimum sur la concurrence entre acteurs et aux réformes des assurances privées. La conclusion énonce pourtant un constat qui s'applique à tous : *"Les politiques qui cherchent à restructurer le système de santé sans changer les incitations financières sous-jacentes qui déterminent les dépenses de santé finissent par échouer."*^{30,31}

Terra Nova "réinvente" le système de santé

Le "think tank" Terra Nova³² a publié cette semaine un rapport sur notre secteur. Ce rapport est intitulé **"Réinventons notre système de santé au-delà de l'individualisme et des corporatismes"** et signé de Daniel Benamouzig³³. Assurément nous sommes là en face d'un rapport important. Il est trop tôt pour en faire ici une analyse exhaustive et pertinente. De plus, ce n'est pas le lieu et ce sont surtout ses conséquences qui compteront. Nous voudrions seulement souligner son importance. Ce rapport est très riche en analyses comme en propositions et en contradictions. Il est clair qu'il doit être lu et discuté. Ses effets seront aussi à suivre de près. On dit que la Ministre est partie à La Rochelle avec ce rapport sous le bras. Ce genre de "révélations" de la presse est en fait un signal.

Alors qu'en dire de façon courte ? Les analyses sont aussi intéressantes et significatives que les propositions. Ces dernières sont au nombre de 32.³⁴

On est surpris des contradictions internes au rapport, d'une part, et des contradictions entre ce rapport issu d'un "think tank" socialiste et la parole officielle, d'autre part. Ainsi, bonne surprise, on y trouve plusieurs passages élogieux sur le PMSI et la T2A³⁵ qu'on propose même d'étendre à la ville !³⁶ Le rapport est beaucoup plus réaliste sur plusieurs points que les "avis" de plusieurs des conseillers en place. On voit mal par exemple comment pourraient s'entendre les auteurs du rapport et les signataires du *"Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire"*³⁷ dont un des signataires, Olivier Lyon-Caen³⁸, est maintenant conseiller à l'Élysée. Le rapport rappelle que certains parlent de *"mythe"* à propos du déficit de la sécurité sociale. Il précise, lui, que *"les effets du « mythe » se révèlent bien réels, et potentiellement catastrophiques..."*³⁹ Certes !

Certains passages sont d'interprétation dangereuse ou ambiguë. La presse par exemple s'est empressée de reprendre l'affirmation selon laquelle *"... la gauche ne peut se contenter de conserver un héritage historique. Elle ne peut se*

contenter de valoriser l'héritage de la Libération."⁴⁰ - On se précipite donc pour vérifier. En fait la phrase qui suit donne l'interprétation : "*Pour le préserver, elle doit le renouveler. Elle doit l'adapter aux transformations sociales de notre temps, quitte à s'écarter pour cela du modèle historique de 1945 dont sont issues certaines de ses valeurs et certains de ses soutiens. C'est dans un mouvement résolu de projection, plutôt que de réaction ou de régression vers des modèles vieillissants que se dessinent les voies de renouvellement d'un système de santé solidaire.*" Ouf, c'est mieux !

Peu avant, il était affirmé : "*Le système doit intégrer les logiques émergentes de l'individualisme et les logiques plus anciennes de la solidarité dans un nouvel équilibre social, institutionnel et politique. Étant donné l'ampleur des évolutions à envisager, ce projet nécessite un renforcement des capacités de régulation de l'Etat, traditionnellement faible dans ce secteur.*" Là, on croit rêver. Tous les citoyens souhaitent un Etat fort et capable de réguler. Mais affirmer qu'il est "*traditionnellement faible*" alors qu'il a, de fait, les pleins pouvoirs... on commence à voir là où ce rapport pêche. Il n'y a en effet aucune analyse du pourquoi de la faiblesse de l'Etat, de sa difficulté à réguler, à restructurer, à assurer l'efficacité du système. Au contraire, le rapport veut, avant tout et sur tous les sujets, renforcer l'Etat.

Autre exemple de contradictions apparentes, celle du tir à vue sur le "*médecin de famille*", ringard et paternaliste, comme vous le savez... Un chapitre s'intitule même "*En finir avec la référence au « médecin de famille »*"⁴¹. Diable !⁴² Mais en lisant le dit chapitre on trouve des affirmations beaucoup plus nuancées : "*Sans être abandonné, le modèle du médecin de famille et ses avatars administratifs doivent être remis à leur juste place, celle d'un héritage qu'il faut certes entretenir mais qu'il convient de moderniser et de diversifier. Si les formes traditionnelles de l'exercice médical ont encore leur place, elles doivent désormais coexister avec de nouvelles formes de pratiques, plus coordonnées.*" Et plus loin : "*Aux modèles dérivés de la figure du médecin de famille, auxquels les Français restent attachés, doivent être associés d'autres formes d'exercice.*"⁴³ Modernisation, diversification, association ce n'est pas tout à fait la même chose que liquidation !

Contradiction encore dans un rapport qui ne cesse de dire tout le mal qu'il faut penser des évolutions constatées depuis deux ou trois décennies, mais qui affirme pourtant que "*dans l'ensemble, les réformes structurantes ont été conduites avec efficacité, non seulement par ceux qui les ont promues mais par ceux qui les ont mises en œuvre dans les établissements.*"⁴⁴ Qu'eut-ce été !

La question, centrale, de la productivité du système, n'est jamais évoquée. Le mot n'apparaît pas. Celui, à la mode dans notre secteur, de "performance", ne s'applique qu'au "paiement à la performance", pour mesurer la "performance" des entreprises du point de vue des préconisations de la médecine du travail ou du point de vue de la "performance" des organismes de sécurité sociale et des complémentaires en termes de frais de gestion. Pourtant, l'expérience prouve partout que la gestion par l'Etat des fonctions de production est chère, peu performante, peu productive. L'expérience prouve aussi que les conflits

d'intérêts résultant de la confusion de sa double mission d'opérateur et de régulateur sont facteurs de lourdeurs coûteuses et de retards d'adaptation. La gestion étatique conduit soit aux files d'attente soit au développement du secteur privé. Le rapport n'évoquant bien sûr pas cette hypothèse - il n'évoque même pas l'existence des établissements privés - cela veut dire choix implicite du développement des files d'attente et de la dette. Aucun argument n'est proposé pour anticiper ces dérives ou ces dangers. C'est aussi une des lacunes de ce rapport. Compte tenu de la crise et de la dette accumulée, la question de la productivité du système doit être centrale dans toute réflexion sur son évolution ou sur sa réforme. L'accessibilité et la solidarité ne sont pas que des principes moraux ou politiques, elles dépendent concrètement de notre capacité économique à les mettre en œuvre.

Le chapitre intitulé "*diversifier les modes de rémunération*"⁴⁵ est un des plus intéressants. "*Plus que dans l'abandon du paiement à l'acte, c'est vers la diversification et la mixité des modes de rémunération que doivent être envisagés de nouveaux modes de paiement.*" Il y a longtemps que l'UNHPC avait, entre autres, suggéré d'expérimenter, avec des cliniques appartenant à des médecins et volontaires, un paiement à la structure. L'idée du paiement à la structure est reprise ici. 10 ans après, elle reste intéressante et fondatrice.

Dans ce rapport, les médecins libéraux exerçant sur plateaux techniques n'existent pas. Les cliniques non plus. Tout cela c'est *terra incognita*. Les cliniques ne sont citées que deux fois, de façon déshonorante pour un rapport de cette ambition. On a droit au stupide mais rituel "*en termes d'activité, l'offre privée s'est concentrée sur les segments les plus rentables en termes de tarification, laissant au secteur public le reste des soins*".⁴⁶ On y lit aussi : "*En termes d'infrastructure, les accords de coopération ont souvent été déséquilibrés en défaveur de l'hospitalisation publique*"⁴⁷. Dans quelques cas de PPP⁴⁸ qui ne concernent d'ailleurs pas les cliniques, à la rigueur, mais de façon générale, dans la vie quotidienne, pour les autorisations ou dans le cas des GCS⁴⁹ ?!... Sur ce sujet, Daniel Benamouzig ne connaît pas ce dont il parle. Plus loin le rapport s'exclame : "*Même la différence de dénomination traditionnelle entre « hôpitaux » (publics) et « cliniques » (privées) a été remplacée par l'appellation indifférenciée d'« établissements de santé »*"⁵⁰ ! Il faudrait rappeler à M. Benamouzig qu'il s'agit d'une conquête citoyenne de la gauche. Elle considérait à l'époque que le service public était unique et que les mêmes règles devaient donc s'appliquer à tous ses acteurs ! S'il a encore des amis à gauche, Claude Evin devrait leur faire connaître et leur expliquer un des piliers de sa réforme !

On pourrait poursuivre. Notons aussi que, malgré les manques, les sujets privilégiés par le rapport sont de bons sujets : mesures et actions contre les inégalités sociales, exigences en matière de prévention, implication des mondes éducatifs et professionnels, extension de la couverture, exigences de régulation, coordination des soins, conflits de pouvoirs entre l'Etat et la sécurité sociale, diversification des modes de rémunération, multiplicité des Agences d'Etat, rôle des complémentaires... Les analyses sont synthétiques, souvent

pertinentes, les propositions nombreuses valant débat ou approfondissement. Le rapport est intelligemment fait et il est bien rédigé, clair dans sa forme.

Disons pourtant les choses, sa lecture crée un sentiment de malaise, puis de crainte. Ce qui effraye, c'est sa logique. Le sous-titre du rapport est libellé ainsi : *"Au-delà de l'individualisme et des corporatismes"*. Il aurait pu être prolongé : *"Au-delà de l'individualisme et des corporatismes, vers l'étatisme et le centralisme démocratique"*. Est-ce vraiment ça l'avenir ? On croyait avoir unanimement déclaré le *"passé d'une illusion"*⁵¹. On a le sentiment, ici, d'assister à la renaissance d'une de ses composantes. Sur le fond, sans vouloir être insultant, on a l'étrange impression d'être dans une logique soviétique ou bolchevique. Tout le bien viendra de l'Etat⁵². Une bonne part des difficultés vient des *"corporatismes"* qu'il faut donc combattre. Au sein des établissements, il faut redonner du pouvoir aux comités car les directions sont trop fortes. Il faut donc *"renforcer la place des instances délibératives et participatives dans la gouvernance des établissements, afin d'associer plus étroitement les médecins, les autres professionnels de santé ainsi que les patients à l'orientation stratégique et à la gestion des hôpitaux."*⁵³⁵⁴ D'ailleurs s'agissant des personnels, il convient que *"la vocation sociale des établissements soit plus explicite."*⁵⁵

Au "tout Etat", il convient donc de rajouter le "tout hôpital", malgré les critiques lucides du type : *"Les réformes ont renforcé l'hospitalo-centrisme à la française."*⁵⁶ Paradoxalement, il convient donc de tout faire passer par l'hôpital et d'envoyer les médecins de l'hôpital dans les campagnes : *"Les établissements de santé doivent pouvoir déléguer des personnels soignants « hors les murs », afin d'exercer dans des zones dont la densité médicale est faible."*⁵⁷

Bref, confions tout à l'Etat, centralisons les institutions, déconcentrons certaines décisions, organisons le monopole de l'hôpital. En son sein donnons le pouvoir aux comités en privilégiant la fonction sociale de l'hôpital... auprès des personnels ! Ne nous soucions de contre-pouvoirs qu'au plan régional⁵⁸...

C'est le grand retour des vieilles notions du capitalisme monopoliste d'Etat, non plus comme fondement de la critique des grands groupes industriels de l'époque, mais comme modèle d'avenir pour la production de soins ! Mais où va donc se nicher le "progressisme", de nos jours ?

Au total, les questions posées sont souvent les bonnes. Les pistes suggérées sont souvent celles qu'il faut explorer. Là où ce rapport pose question, c'est sur la gouvernance qu'il propose : le "tout Etat" sans la moindre anticipation des effets pervers que cela générerait. On sait pourtant d'expérience que cela mène à la catastrophe.

De ce point de vue, en fait de *terra nova* on est plutôt sur *terra antiqua*. Penser que la question de la gouvernance peut se résumer à la solution du "tout Etat" et la déconcentration rappelle étrangement une période où certains pensaient que face à d'autres problèmes, plus immenses encore, il suffisait de la planification et de l'électricité. La conduite des sociétés est plus complexe. Certes nous avons besoin d'un Etat fort, mais d'un Etat modeste comme disait

Michel Crozier⁵⁹, sociologue lui aussi. En matière de santé, l'Etat a déjà tous les pouvoirs, crée de la dette, s'engluie dans la bureaucratie et les conflits d'intérêts. C'est là-dessus qu'il faut aussi travailler, afin de pouvoir contrer ces effets pervers. Ceci étant, ce rapport nous met face à de vraies propositions pour faire face à de vrais problèmes.

Terra Nova se veut "*un think tank progressiste*". Quelles que soient nos idées politiques on ne peut que regretter la mort tragique cet été de son jeune et brillant président fondateur Olivier Ferrand. Il a su créer, fédérer et susciter un renouvellement des débats sociétaux sur bien des sujets. Terra Nova était perçue comme une des héritières de feu la "deuxième gauche". A la lecture de ce rapport on se demande bien où sont passés les héritiers des Michel Rocard, Jacques Delors, Alain Touraine, et autres Gérard Lyon-Caen... En matière de système de santé c'est le silence. Ce courant de pensée manque actuellement cruellement au débat.

De façon plus générale, au-delà de l'intérêt et de la déception soulevés par ce rapport, il est temps, grand temps, de faire des propositions alternatives ou complémentaires en particulier en termes de "gouvernance" efficiente du système.

Modestement, à leur niveau, le fait que la FHP organise pour ses adhérents "*une journée spéciale de rentrée pour échanger sur l'avenir de notre profession et nos priorités d'actions*"⁶⁰ et que l'UCDF⁶¹ souligne que derrière la question des dépassements d'honoraires c'est bien la question de l'avenir de la médecin libérale qui se pose et organise une grande réunion de ses adhérents et de tous les médecins libéraux intéressés, sur ce thème, le 15 septembre prochain, voilà qui est un bon début !

Il y a en effet urgence à combler notre retard en matière de propositions cohérentes pour la pérennité et l'efficacité de notre système et pour assurer au pays les services d'une médecine libérale intégrée au service public.

Chirurgie ambulatoire

Le décret "**modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation**"⁶² est enfin paru. Il vaut mieux tard que jamais ! Il était passé en concertation il y a plusieurs mois. Pas de surprise donc, même s'il est pourtant assez éloigné de ce qu'on attendait à l'origine : la simple abrogation de la limitation de durée d'ouverture des structures de chirurgie ambulatoire et celle de l'obligation de présence d'une infirmière pour 5 patients présents. Il aborde beaucoup plus de sujets. Il est significatif d'une administration traversée par différents courants d'influence, différentes logiques, différentes conceptions de son rôle. Le sujet de la chirurgie ambulatoire est fondamental. Il faut donc s'y pencher, même si ce décret n'est pas, lui, fondamental.

Mais, une fois n'est pas coutume, compte tenu de la longueur de cette chronique, nous reprendrons ce sujet la semaine prochaine, en priant nos lecteurs de bien vouloir nous excuser de ce manquement à la règle : rester sur l'actualité de la semaine.

-
- ¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Statistiques-de-la-norme>
 - ² Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé
Cf. mail UNHPC 12/474 du 26 juillet 2012
 - ³ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
 - ⁴ <http://itunes.apple.com/fr/app/t2a-tarifs-mco-2012/id510743317?mt=8>
 - ⁵ GHM : Groupe homogène de malades
 - ⁶ Etude adéquation financement - "charges". Cette étude comprend une note méthodologique explicitant la construction des tarifs issus des coûts ; un document présentant les principaux résultats ; un tableur Excel présentant les informations détaillées, GHM par GHM.
Cf. mail UNHPC 12/448 du 18 juillet 2012 ou <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008D00014FF>
 - ⁷ Cf. mail UNHPC 12/434 du 11 juillet 2012
 - ⁸ IGAS : Inspection générale des affaires sociales
 - ⁹ IGF : Inspection générale des finances
 - ¹⁰ Cf. mail UNHPC 12/455 du 20 juillet 2012
 - ¹¹ Cf. mail UNHPC 12/458 du 20 juillet 2012
 - ¹² PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
 - ¹³ ASN : Autorité de sûreté nucléaire
 - ¹⁴ SFPM : Société française de physique médicale
 - ¹⁵ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
 - ¹⁶ Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) - *Idées : Les médecins sont mal rémunérés* - Le Monde du 25 juillet 2012
 - ¹⁷ Martial Olivier-Koehret, médecin généraliste, ancien président du syndicat MG France - *Opinions "Dépassements tarifaires des médecins, il faut tout remettre à plat"* - La Tribune du 26 juillet 2012
 - ¹⁸ Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée - *Tribune : Dépassements d'honoraires des médecins : un vrai-faux sujet* - Les Echos du 8 août 2012
 - ¹⁹ Michel Chassang - Editorial - *La mère des batailles* - Le Médecin de France n° 1189 - 30 juin 2012
 - ²⁰ Henri Lôo et Jean-Pierre Olié, Professeurs, membres de l'Académie nationale de médecine - *Tribune - Les médecins français atteints par le « burn-out »* - Le Figaro du 3 août 2012
 - ²¹ FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif

- ²² T. Q. - *Finance : La FHF et les conférences de directeurs d'hôpital menacent de se désengager du projet FIDES* - Hospimedia du 9 août 2012
- ²³ T. Q. - *Finance : Le SNPHAR-E accuse la DGOS d'avoir réagi "mollement" à la notation de Moody's sur les CHU-CHR* - Hospimedia du 9 août 2012
- ²⁴ *Qualité - Le CHU de Nîmes investit 45 centimes supplémentaires pour des blouses plus respectueuses* - Hospimedia du 16 août 2012
Cf. aussi notre dossier 5.3 dans le mail UNHPC 12/500 du 13 août 2012
- ²⁵ New tools to reduce improper Medicare and Medicaid payments promise savings. But many implementation challenges remain.
- ²⁶ The need is urgent to bring US health care costs into a sustainable range for both public and private payers. Commonly, programs to contain costs use cuts, such as reductions in payment levels, benefit structures, and eligibility. A less harmful strategy would reduce waste, not value-added care. The opportunity is immense. In just 6 categories of waste - overtreatment, failures of care coordination, failures in execution of care processes, administrative complexity, pricing failures, and fraud and abuse - the sum of the lowest available estimates exceeds 20 % of total health care expenditures. The actual total may be far greater. The savings potentially achievable from systematic, comprehensive, and cooperative pursuit of even a fractional reduction in waste are far higher than from more direct and blunter cuts in care and coverage. The potential economic dislocations, however, are severe and require mitigation through careful transition strategies.
- ²⁷ Policy brief - *Eliminating Fraud and Abuse. New tools to reduce improper Medicare and Medicaid payments promise savings. But many implementation challenges remain* - HealthAffairs - July 31, 2012
Donald M. Berwick, MD, MPP Andrew D. Hackbarth, MPhil - *Eliminating Waste in US Health Care* - JAMA. 2012;307(14):1513-1516 - Published online March 14, 2012 - doi:10.1001/jama.2012.362 - www.jama.com
Tous deux repris dans notre mail UNHPC 12/494 du lundi 6 août 2012, dossier 11.6
- ²⁸ Charles Roehrig, Ph.D., Ani Turner, B.A., Paul Hughes-Cromwick, M.A., and George Miller, Ph.D. - *When the Cost Curve Bents - Pre-Recession Moderation in Health Care Spending* - The New England Journal of Medicine - Published on August 8, 2012, at NEJM.org.
Cf. mail UNHPC 12/500 du lundi 13 août 2012, dossier 11-4
- ²⁹ These are the types of large-scale solutions that are necessary to contain health costs. Although many in the health industry perceive that it is not in their interest to contain national health spending, it is a fact that what cannot continue will not continue.
- ³⁰ Policies that attempt to reengineer the health system without changing the underlying financial incentives that drive health spending will ultimately fail.
- ³¹ Ezekiel Emanuel, M.D. and al. - *A Systemic Approach to Containing Health Care Spending* - The New England Journal of Medicine - Published on August 1, 2012, at NEJM.org. - DOI: 10.1056/NEJMs1205901
Joseph R. Antos and Al. - *Bending the Cost Curve through Market-Based Incentives* - The New England Journal of Medicine - Published on August 1, 2012, and updated on August 2, 2012, at NEJM.org. - DOI: 10.1056/NEJMs1207996
Tous deux diffusés par mail UNHPC 12/500 du lundi 13 août 2012, dossier 11.8
- ³² Cf. <http://www.tnova.fr/>
Terra Nova se présente ainsi : "Terra Nova est un think tank progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes, en France et en Europe. Les trois objectifs prioritaires de la fondation :
- Favoriser la rénovation intellectuelle de la social-démocratie
Elle veut contribuer à la refondation de la « matrice idéologique » de la gauche progressiste et à la promotion de ses idéaux.
 - Produire de l'expertise et des solutions politiques opérationnelles
Elle veut formuler des propositions concrètes au profit des leaders politiques, des élus nationaux et locaux ainsi que de tous ceux qui mettent en œuvre des politiques publiques.

- *Inscrire son action dans un réseau européen et international de think tanks progressistes*
Elle veut s'inspirer des réussites et des bonnes pratiques de nos partenaires européens, participer à l'influence intellectuelle de la France en Europe et contribuer à faire émerger une doctrine progressiste européenne.
Plus généralement, Terra Nova contribue à l'animation du débat démocratique, à la vie des idées, à la recherche et à l'amélioration des politiques publiques. Elle popularise les idées politiques et les grands enjeux du monde contemporain."
- ³³ Daniel Benamouzig, Président du groupe de travail - *Réinventons notre système de santé au-delà de l'individualisme et des corporatismes* - Terra Nova - Projet 2012 - n° 29 - 107 pages
Cf. mail UNHPC 12/507 du jeudi 23 août 2012 ou <http://www.tnova.fr/>
On trouve aussi sur le site de Terra Nova, une interview de Daniel Benamouzig sur le rapport de Terra Nova "Réinventons notre système de santé" datée du 23 août 2012
- ³⁴ "Ce rapport est composé de cinq parties, consacrées à la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la définition d'une politique de prévention, à la régulation de l'assurance-maladie, à l'élaboration d'une stratégie explicite d'organisation des soins et à la réforme des structures de gouvernance. Ces thématiques permettent d'embrasser une grande part des dynamiques et des transformations du système de santé, afin de dessiner ses évolutions progressistes. Pour chaque thématique, les chapitres apportent des éléments de diagnostic et de bilan des politiques mises en œuvre ces dernières années, tout en proposant des orientations assorties de propositions. Certains aspects importants des politiques de santé ne sont cependant pas abordés dans le rapport car elles n'ont pas véritablement fait l'objet de débats au sein du groupe de travail, faute de temps, de moyens ou de compétences. C'est en particulier le cas des politiques de recherche médicale, des études médicales, des politiques de prise en charge psychiatrique et des politiques d'innovation dans le secteur du médicament." p. 15 et 16
- ³⁵ "Les principes de financement de l'hôpital se sont ainsi rapprochés de la prise en compte d'un principe d'efficience. Il garantit que les ressources financières consacrées à l'hôpital et à ses activités sont allouées au meilleur escient." (p. 85)
- ³⁶ p. 80
- ³⁷ Le "manifeste" a été publié par Le Nouvel Observateur du 13 septembre 2012. Il est repris complètement de dix-sept fiches qui n'engagent que les cinq initiateurs de l'appel (Olivier Lyon-Caen, professeur de neurologie (Pitié-Salpêtrière) - André Grimaldi, professeur de diabétologie (Pitié-Salpêtrière) - Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé à Sciences Po. - François Bourdillon, médecin de santé publique - Frédéric Pierru, sociologue chercheur au CNRS) dans un livre publié chez Odile Jacob.
Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire - Odile Jacob - 15 septembre 2011 - 192 pages.
Cf. mail UNHPC 11/511 du lundi 19 septembre 2011
- ³⁸ Le Monde dresse ce week-end un portrait sympathique et élogieux d'Olivier Lyon-Caen. Tout le monde peut faire des erreurs, mais quand même, signer un tel manifeste qui instrumentalise les valeurs fondatrices d'égalité d'accès et de solidarité pour les mettre au service d'une seule politique de "toujours plus pour ma cupidité corporatiste car je suis par nature le bien, le bon et le vrai" reste une lourde tâche et signale un danger majeur sur l'action du dit signataire, en principe chargé maintenant de l'intérêt général...
Florence Rosier - *Portrait - Olivier Lyon-Caen, le neurologue du Président* - Le Monde science et techno - samedi 25 août 2012 p. 7
- ³⁹ "A tel point que d'aucuns qualifient de « mythe » le fameux trou de la Sécu, dont l'existence viserait à mettre sous tension budgétaire le système de santé. Pourtant, l'accumulation de déficits reportés d'année en année accroît la dette sociale, qui dépasse les 135 milliards d'euros en 2010, et alourdit les charges d'intérêt dans un contexte de renchérissement du crédit. Les effets du « mythe » se révèlent bien réels, et potentiellement catastrophiques..." p. 11
- ⁴⁰ Exemple parmi d'autres, Le Monde : "Terra Nova prône une rupture avec le système de la

Sécurité sociale issu de 1945, qu'il juge dépassé. Ce qui ne va manquer de susciter des réactions. La gauche "ne peut se contenter de valoriser l'héritage de la Libération", peut-on lire."

Pascale Santi - *Terra Nova fait des propositions pour "réinventer le système de santé"* - Le Monde du 25 août 2012

41 p. 77

42 p. 77

43 p. 78

44 p. 86

45 p. 79

46 p. 85

47 p. 85

48 PPP : Partenariat public privé

49 GCS : Groupement de coopération sanitaire

50 p. 87

51 François Furet - *Le Passé d'une illusion. Essai sur l'idée communiste au XXe siècle* - Robert Laffont / Calman-Lévy - 1995

52 Cf. entre autres : "*Le rôle de l'Etat dans la régulation doit être affirmé aux dépens des organismes de protection sociale issus du modèle corporatiste.*" [...] *C'est à partir d'une articulation entre un mouvement horizontal d'association respectueux de l'individualisme contemporain et un mouvement vertical de régulation publique que peuvent être définies de nouvelles orientations pour le système de santé.* [...] "*L'idée est de rassembler autour de l'administration centrale des instances de régulation aujourd'hui dispersées auprès de l'assurance maladie ou au sein d'une myriade d'agences spécialisées.*" p. 14

53 p. 88

54 *Pauvre hôpital ! Quand cessera-t-on de le martyriser sous prétexte de le protéger ou de l'aider ?*

55 p. 88

Cf. aussi, p. 87 : "*Comment passer de l'obsession des équilibres comptables, qui ont certes leur importance, à l'exigence d'équilibres humains et organisationnels plus harmonieux ?*"

56 p. 87

57 p. 88

58 A vrai dire on peut lire p. 100 "*Le renforcement du rôle de l'Etat rend nécessaire l'institution de contre-pouvoirs.*" Le rapport n'en dit pas plus, sauf au plan régional avec une réflexion sur la démocratie et la proposition de "*création de Chambres régionales de santé*" : "*Ces deux principes – la nécessité d'articuler les trois sources de la légitimité démocratique en santé et de faire émerger un contre-pouvoir délibératif régional – conduisent à proposer la création de Chambres régionales de santé*". La dualité des pouvoirs critiquée et supprimée au plan national est créée au plan régional...

59 Michel Crozier - *État modeste, État moderne - Stratégies pour un autre changement* - Fayard 1987

Cf. aussi : UNHPC - *L'administration de la santé par l'Etat - Quelles incidences sur nos pratiques ? - Comment fonctionne une économie administrée ?* - Les Rencontres de la cancérologie libérale et hospitalière privée du 13 janvier 2007 - 640 pages - Téléchargeable sur <http://unhpc.org/>

60 Journée de Rentrée FHP - jeudi 6 septembre 2012 - *Quel avenir pour l'Hospitalisation privée ? - Nos priorités d'actions* - Maison des Polytechniciens - Paris - <http://flipbook.fhp.fr/programmejourneerentree/>

61 UCDF : Union nationale des chirurgiens de France - <http://www.ucdf.net/>

62 Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation - JORF n° 0194 du 22 août 2012 page 13678 texte n° 9 - NOR: AFSH1222673D

Cf. mail UNHPC 12/505 du mercredi 22 août 2012

La chirurgie ambulatoire, priorité lente

- ↳ Madame Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, nouvelle Déléguée générale de la FHP
- ↳ Le nouveau décret "chirurgie ambulatoire"
- ↳ L'aboutissement du premier projet européen concernant la chirurgie ambulatoire : développer des indicateurs significatifs

***Depuis plus de 20 ans,
la chirurgie ambulatoire
continue à être une
des clefs de l'avenir
de nos systèmes.
Son développement
reste pourtant lent au regard
de ce qu'elle peut apporter.***

Date de parution : lundi 3 septembre 2012

Mots types : HAS - ANAP - DGOS - AFCA - L. Degos - Ph. Ritter - Durée - Ouverture - Présence infirmière - DSDP - IAAS - EAHC - Europe - Venise - Italie - ECHIM - U. Baccaglioni - C. Castoro - P. Camporese - G. Dargent

Une nouvelle Déléguée générale à la Fédération de l'Hospitalisation Privée. C'est important pour les cliniques et hôpitaux privés bien sûr mais aussi pour tout le système hospitalier français.

Un nouveau décret réglementant la chirurgie ambulatoire est paru. C'est le premier depuis les textes fondateurs de 1992. Il faut donc s'y pencher avec attention. Véritable renouvellement d'un texte ancien ? Incitatif au développement annoncé ? Prétexe pour ne pas sortir les textes relatifs aux autorisations en chirurgie ? Prétexe pour ne pas mettre en place le tarif identique ambulatoire-hospitalisé ? Renforcement des exigences de qualité des pratiques ? Clarification ou confusions supplémentaires ? Intentions et réalité, à quoi sert-il vraiment ?

Et puisque nous sommes sur la chirurgie ambulatoire, pourquoi ne pas évoquer les bons résultats et le travail utile fait sur les indicateurs avec l'aide des Communautés européennes ?

Une nouvelle Déléguée à la FHP

En ce lundi 3 septembre 2012, **Madame Elisabeth Tomé-Gertheinrichs** prend ses fonctions de Déléguée générale de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Inutile d'insister sur le fait qu'il s'agit d'un poste décisif pour notre secteur et pour son avenir, comme pour l'avenir du système de santé français compte tenu de la place très importante que nous y tenons.

Retenons de son parcours professionnel qu'elle s'est formée aux responsabilités dans plusieurs hôpitaux (Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne, Sainte-Anne à Paris), à des postes différents (alternatives à l'hospitalisation, prospective, affaires médicales, gestion des risques...), qu'elle a participé à la direction d'une agence (l'INPES¹), qu'elle a dirigé des services de l'administration centrale (tutelle administrative et financière des établissements publics nationaux, droits des femmes et de l'égalité), qu'elle a servi dans au moins 6 cabinets ministériels (sous Philippe Douste-Blazy, Xavier Bertrand, Valérie Létard, Brice Hortefeux et Claude Greff). Voilà un parcours diversifié et bien rempli. Chacune de ses expériences lui servira.

Le poste est difficile par nature et le contexte statutaire le rend encore plus difficile. La conjoncture aidant, il lui faudra beaucoup de compétences, d'imagination, d'habileté et d'entregent, plus encore qu'à ses prédécesseurs. La diversité de son parcours et de ses expériences lui sera donc particulièrement utile. Le fait qu'elle ait acquis toute son expérience professionnelle dans le service public lui sera très précieux à un moment où notre participation au "service public" est remise en cause. En effet, comme par le passé, il n'y aura d'avenir pour le secteur hospitalier privé que nous représentons que dans la mesure où nous saurons continuer à assurer avec succès notre mission de service public, sans confusion avec la fonction publique. Vaste et beau challenge, d'autant plus nécessaire en cette période de crise, d'exigence d'efficacité accrue et de nécessaires réformes. Bon vent donc Madame Tomé-Gertheinrichs !

Le nouveau décret "Chir ambu"

Le décret "**modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation**" est enfin paru². Nous le disions la semaine dernière, il vaut mieux tard que jamais !

On sait le sujet d'importance. La productivité du système dépend en partie de notre capacité à développer la chirurgie ambulatoire. Il y a là une question de

fond tant du point de vue de la qualité de nos prestations que de nos responsabilités vis-à-vis de la nation dans l'emploi des ressources qu'elle nous confie.

Enfin ! Est-on tenté de dire. Et puis, à la lecture, c'est plutôt "Bof !" Tout ça pour ça ! On était pourtant prévenu puisque le texte avait été présenté en concertation. Pourtant oui, Bof !

Officiellement ce décret "*assouplit les conditions de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation et renforce les exigences de qualité de la prise en charge*". La lecture de ce nouveau décret souligne hélas qu'il est significatif d'une administration traversée par différents courants d'influence, différentes logiques, différentes conceptions du rôle de la Tutelle. Le sujet de la chirurgie ambulatoire est fondamental. Il faut donc s'y pencher, même si ce décret n'est sans doute pas, lui, fondamental.

Alors, à l'origine, de quoi s'agissait-il ? D'abord et uniquement de corriger certains passages obsolètes et potentiellement pénalisant des décrets de 1992 : en particulier les limites d'ouverture et la présence obligatoire d'une infirmière pour 5 patients présents en salle de repos. Cela paraissait simple.

- Abroger la stupide limitation de **l'ouverture des structures** de chirurgie ambulatoire à 12 heures. D'où venait-elle à l'époque ? : avant tout de la peur qui existait d'une explosion de la demande et donc des dépenses de santé. C'est pourquoi, alors, on insistait tant sur le caractère "substitutif" que devait avoir la chirurgie ambulatoire. Aujourd'hui, ce risque est oublié et il y a longtemps qu'en chirurgie ambulatoire, on a tous compris, "publics" comme "privés", qu'il faut laisser les gens travailler et s'organiser, à conditions de sécurité égales, et qu'il y a là une des clefs de leur productivité comme de leur capacité d'innovation.

Avec ce décret, c'est chose faite concernant la durée d'ouverture de la structure, mais remarquons que la rédaction est ambiguë du point de vue de la qualité de la prestation³. L'important en chirurgie ambulatoire est que le patient puisse retourner sur son lieu de vie habituel sans "dormir" à l'hôpital. Le décret nous dit qu'il faut que la structure dispense des "*prises en charge*" d'une durée inférieure ou égale à 12 heures. Certains esprits pervers pourront être tentés d'opérer le soir (4 heures) et de faire dormir le patient (8 heures) ensuite... Comment distinguer alors le repos de sécurité de l'hébergement proscrit, les deux ayant lieu dans la même "*chambre*" ? A ce jour le risque est faible, mais la rédaction n'est pas très bonne du point de vue de la qualité des soins. Or, comme le disait Schumpeter, une "*innovation*" ne porte réellement ses fruits que si l'on respecte ses conditions de mise en œuvre...

- Abroger l'obligation de **présence d'une infirmière pour 5 patients présents**. Rappelons qu'il s'agissait à l'époque d'un progrès considérable et d'une première : l'Etat acceptait de considérer que ses normes de sécurité

s'appliquaient aux patients présents et non aux lits... Pleins ou vides ! Mais il se trouve que, dans la plupart des cas, l'infirmière ne sert à rien en salle de repos ambulatoire. On n'y "panse" pas et à la moindre complication on s'adresse au médecin, si on ne retourne pas directement au bloc. Par contre, beaucoup d'aides soignantes y trouvent matière à épanouissement personnel, tant leur rôle social et pédagogique peut y être reconnu et développé.

C'est maintenant l'établissement qui décide du nombre et de la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux⁴. C'est un progrès incontestable. Il y eut débat. Valait-il mieux miser sur la compétence et les responsabilités des professionnels ou les protéger d'inspecteurs tatillons et bureaucrates en fixant la norme à vérifier lors des inspections ? L'arbitrage a été fait. En ces temps de suspicion vis-à-vis des professionnels réputés incompétents et toujours "à former", on imagine qu'il y a eu aussi débat au sein de la DGOS. L'arbitrage porte sens. Il reste dans la logique des textes de 1992. Ceux qui privilégiaient cette logique s'en réjouiront, même si les risques soulignés par les autres demeurent.

Mais le texte dit aussi d'autres choses, va beaucoup plus loin et concerne finalement bien d'autres sujets.

Revenons tout d'abord au **contexte**.

"Ce décret vise à faciliter, dès les premières années de mise en œuvre du schéma régional de l'organisation des soins du projet régional de santé (Sros-PRS), le développement des prises en charge dans les structures d'hospitalisation à temps partiel et dans celles pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire" nous dit le Ministère. Chaque mot est pesé. Décodons. Durant l'été 2010, les présidents de la HAS, Laurent Degos et de l'ANAP, Philippe Ritter, sont tous les deux convaincus de l'apport indispensable de la chirurgie ambulatoire tant pour la qualité des soins que pour accroître l'efficacité du système. Rapidement ils se rendent compte qu'il faut une politique incitative forte et en particulier qu'il faut faire en France ce que presque tous les pays ont fait avec succès : mettre en œuvre un "tarif identique" quel que soit le type de séjour choisi par le trio chirurgien-anesthésiste-patient et l'assortir d'une politique de communication forte. Cela a marché dans tous les pays ou presque. Certains ont même été plus loin en payant temporairement certains séjours ambulatoires plus chers que leurs homologues "hospitalisés" de façon traditionnelle ! Première déconvenue : le "libre opinion" conjoint qu'ils avaient préparé pour justifier de leur proposition et en montrer les enjeux est refusé, d'abord par Le Monde, puis par Le Figaro ! Etrange tout de même. Y aurait-il des enjeux justifiant la défiance de ces deux grands journaux ou influences contraires ? Mystère. Les deux Présidents plaident leur cause au plus haut niveau. Ils sont entendus. Il est donc décidé un séminaire confidentiel sur le sujet, séminaire où sont convoqués tous les Directeurs du Ministère et auquel participent les conseillers santé de Matignon et de l'Elysée et un représentant des ARS. Quelques responsables de l'AFCA sont chargés de l'animation sous la conduite des

présidences et des directions générales de la HAS et de l'ANAP. Tout ce beau monde est convaincu qu'il faut essayer le tarif identique (un pour l'hôpital public, un autre pour les cliniques privées bien sûr !). Tout le monde à une exception près, la directrice de la DGOS, Madame Annie Podeur qui affirme avec assurance que la planification est le seul moyen de développer la chirurgie ambulatoire.

On connaît la suite. La DGOS diffuse les documents support du séminaire, documents qui devaient rester confidentiels. Du coup un colloque en reprend les éléments et un "*Diagnostic partagé*" est publié.⁵ La DGOS multiplie les initiatives pour montrer qu'elle est active et compenser son opposition à ce qui faisait pourtant unanimité des autres responsables du système hospitalier au sein de l'Etat. Elle publie une circulaire pour demander un état des lieux aux ARS⁶. Une étude faisant cet état des lieux est promptement publiée, à sa demande, par l'ATIH⁷. Ça aide tout le monde. Elle crée de multiples comités de travail et organise quelques grandes cérémonies de "concertation". Ça occupe tout le monde. Elle saisit la HAS et l'ANAP pour qu'elles produisent des "*livrables*" sur ce qu'on appelle encore, plus de 20 ans après, une "*innovation*"⁸. Ordre leur est donné de travailler séparément, car il ne faut pas confondre "*le médical*" et "*l'organisationnel*". Heureusement les responsables des deux agences connaissent la chirurgie ambulatoire et ils font donc tout le contraire ! Et puis la DGOS est bien placée pour connaître les blocages des décrets attendus depuis 2003 et portant nouveau dispositif d'autorisation de la chirurgie. Voilà deux réformes (la durée d'ouverture et la présence de l'infirmière) qui ne mangent pas de pain mais ça donne un peu le change ("vous voyez, on n'attend pas pour agir"). On nous annonce donc très vite qu'on va faire un texte.

Sa gestation est très longue, mais, vous l'aurez noté, il paraît "*pour faciliter, dès les premières années de mise en œuvre du Sros-PRS*". Ça ne s'invente pas ! Et qu'on se rassure, toujours pas de tarif identique, sauf exceptions choisies et bricolages incompréhensibles par les professionnels ou réduction au sujet, certes important des "bornes basses" !

Au total pourtant, malgré ces incroyables lourdeurs et ce contexte pour le moins complexe, le décret sort. Sans tout ce barnum dilatoire, il ne serait toujours pas sorti. Soyons donc positifs.

Pourtant, nous l'avons dit, le décret va encore plus loin. Illustrons.

Les unités de chirurgie ambulatoire disposent d'une "*équipe médicale et paramédicale dont les fonctions sont bien définies*" et bien sûr "*dont tous les membres sont formés*". Soit. "*Les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement*". Allons bon, voilà que l'administration une fois de plus oublie ses propres textes. Il y a longtemps que le règlement intérieur existe (ancienne rédaction du D.6124-305). L'Arrêté du 3 octobre 1995 prévoit en plus un document qui précise toute l'organisation mise en place⁹.

Voilà donc un nouveau fromage artificiel pour les juristes en mal de travail : dites-moi donc la différence Monsieur le juriste ? Qu'est-ce que c'est que cette

nouvelle "*Charte de fonctionnement*" par rapport à mes deux documents anciens ? Bref, l'administration charge la barque une fois encore sans que l'on sache pourquoi ou à quoi ça sert. Certains, pourquoi pas, demanderont même une charte standard ! Bonjour les dégâts à l'intérieur des blocs ! Les chirurgiens et les anesthésistes auront bien raison de râler en rappelant qu'ils sont là pour soigner les patients et non pour faire encore et encore du papier. Plus grave, en silence on leur mettra dans la tête que tout ça n'a aucune importance, que ce ne sont qu'obligations "administratives" et que, de toute façon, ça va encore changer demain, qu'il est donc urgent de ne pas prendre ça au sérieux et qu'il est urgent de se décharger sur le brave jeune à qui on donnera la corvée de répondre aux "exigences de l'administration". D'ailleurs il a 9 mois pour transmettre à l'administration ce document qu'elle a déjà ! Restons donc calmes.

Autre illustration : la douleur. Le nouveau texte nous précise que les structures sont "*agencées et équipées*" de manière à... "*mettre en œuvre de façon optimale des protocoles de soins intégrant la prise en charge de la douleur*".

Ah bon, vous n'y aviez pas pensé, vous ?

Bref on est ici sur la culture selon laquelle les médecins sont vraiment incompétents. Contradiction avec l'arbitrage fait sur les normes de personnel ?

Mais le rédacteur n'a pas pensé, lui, qu'ils peuvent avoir l'esprit aussi mal tourné que la nouvelle rédaction. En bon français, les mauvais esprits pourraient comprendre qu'il ne serait plus utile d'avoir d'autres protocoles que ceux "*intégrant la prise en charge de la douleur*" ? Dommage !

Dans ce réflexe qui consiste à préjuger de l'incompétence des médecins on peut aussi relever la mention nouvelle faite sur le contenu du **bulletin de sortie** (D. 6124-304)... Là au moins on saura quoi faire avant l'arrivée de l'inspecteur. Là aussi, contradiction avec l'arbitrage fait sur les normes de personnel ?

Dans le registre similaire de type "l'administration s'occupe de tout", notez la mention sur les **mutualisations** avec l'hospitalisation à temps complet. Heureusement qu'on nous le dit !... Et qu'on précise quand même qu'il faut tenir compte du fonctionnement particulier propre à l'anesthésie ou à la chirurgie ambulatoire ! Mais ici on frise la contradiction en matière "*d'exigences de qualité*". C'est pour le moins malhabile, au pire dangereux. L'AFCA s'en était d'ailleurs inquiétée, mais on n'a pas tenu compte de son avis. Peut-être est-ce là un des éléments de "*l'assouplissement*" revendiqué par le Ministère ? En tous les cas on n'est pas dans le "*renforcement des exigences de qualité de la prise en charge*", annoncé lui aussi.

On pourrait continuer. Les sujets abordés par ce décret sont nombreux. Sa lecture est d'autant plus complexe qu'il ne se consacre pas exclusivement à la chirurgie ambulatoire et mélange en fait toutes les "*alternatives*". Mais arrêtons

là. Le but n'est pas, ici, d'en faire l'analyse détaillée, mais d'essayer d'en comprendre le sens, de mieux discerner à quoi il veut ou va servir.

On l'aura compris, on est face à un texte de circonstance, de type fourre-tout parfois contradictoire.

Il faut faire un texte. On en fait donc un en mettant dedans tout ce qui passe, sans trop vérifier ce qui est vraiment important ou la cohérence avec les textes existants, ou la cohérence des textes du point de vue de la logique mise en œuvre ou ce qui manque et qui pourrait être utile... Par exemple, hélas, quitte à modifier le texte de 1992, on aurait pu corriger la stupide exigence qui veut que le **coordonnateur** soit médecin. En cette période de déficit démographique, c'est dommage de ne pas l'avoir fait ! Ça fait plus de 20 ans qu'on sait qu'il faut lever cette obligation contraignante et sans signification. Faudra-t-il attendre encore 20 ans ?

Autre interprétation face à ce conglomérat : on a peut-être fait un collage en provenance de plusieurs rédacteurs ?

Au total quel est donc le message important ? Sans doute est-ce celui-là : "Mais vous voyez, on est actif, on est même proactif ! Vous ne pouvez pas dire que la DGOS ne fait rien pour la chirurgie ambulatoire. Et si vous râlez, c'est vraiment que vous avez mauvais esprit. La chirurgie est une innovation que l'administration cherche vraiment à promouvoir. D'ailleurs c'est maintenant une priorité nationale. Ce sont bien les professionnels qui freinent. On va d'ailleurs peut-être lancer une étude sur les "freins". Nous, "on" a fait le travail ! Il y a longtemps que les professionnels demandaient la levée des obligations sur la durée d'ouverture et sur la présence infirmière. D'ailleurs, depuis peu, même les Fédérations le demandaient. Pour le reste, soyez un peu patients. Vous verrez, les choses progressent. Je suis sûr que vous serez même surpris de ce qui se prépare encore..."

C.Q.F.D.

Mais au fond du fond, il y a encore une autre question. Il faut "défendre l'hôpital" nous dit-on discrètement, en particulier les "gros établissements". C'était la hantise de la DGOS avant que cela ne devienne la doctrine officielle. En ces temps où le ministère renonce dans notre secteur à défendre le travail pour défendre les privilèges, qu'est-ce que "défendre l'hôpital" ?

Depuis des décennies la DHOS puis la DGOS, malgré de vigoureux débats internes, ont privilégié la conservation des acquis au lieu de privilégier l'avenir. Certains s'y considéraient comme "*responsables de l'hôpital public*" comme disait une de ses anciennes responsables "planification", au lieu de se considérer comme responsable du secteur hospitalier dans son ensemble. Pour l'AFCA, depuis 20 ans, sur le sujet de la chirurgie ambulatoire, la meilleure défense de l'hôpital public, c'est de l'aider à développer la chirurgie ambulatoire, comme la meilleure stratégie pour les cliniques privées actives en chirurgie, c'est de prendre et de conserver de l'avance en matière de chirurgie ambulatoire. Il y a donc aussi une vraie et profonde divergence de conception des

responsabilités au sein de la Tutelle. Elle n'explique pas le détail du texte mais elle en est aussi le substrat.

Toute cette affaire a fait grand bruit et pendant longtemps, mais il est probable que ce texte ne servira donc pas à grand-chose. Les réalités de terrain évoluent pour d'autres motifs que ce genre de texte. Constatons par exemple que la dangereuse MSAP¹⁰ marche plutôt bien en France, car elle est appliquée avec grande prudence. Mais la peur du gendarme et notre culture de dépendance la rendent efficace. L'introduction, cette année, de la cholécystectomie est même, il faut le dire une petite révolution. Peu l'ont remarqué, mais imaginez l'AP-HP¹¹ interrogée par la Sécurité Sociale sur son incapacité à faire des cholécystectomies en ambulatoire ! On aimerait assister au spectacle. Mais chut ! On imagine, là aussi, que certains pourraient vouloir "défendre l'hôpital public" !

Concluons sur notre décret. *"Ces évolutions seront accompagnées par secteur d'activité, de l'élaboration et de la généralisation d'indicateurs de la qualité des prises en charge à temps partiel"*, indiquait le ministère dans le rapport de présentation. Cela fait transition.

Chirurgie ambulatoire : vers un consensus européen sur les indicateurs ?

Les partenaires du **programme européen "DSDP" - Day surgery data project** -¹² se sont réunis en fin de semaine pour leur meeting de clôture. Rappelons que ce projet européen a été initié par l'IAAS¹³ et financé par les Communautés européennes.

A l'origine, en septembre 2009, il était indiqué : *"l'objectif général du projet est de valider et de définir un ensemble d'indicateurs standard concernant la chirurgie ambulatoire et, plus en général, de développer les systèmes d'information sur la chirurgie ambulatoire en Europe. Il permettra également d'identifier et de tester des indicateurs potentiels."*¹⁴

Les responsables européens concernés étaient convaincus en effet que *"la chirurgie ambulatoire est un outil innovant pour la réforme du secteur de la santé en Europe car elle contribue à plusieurs objectifs communs, tels que l'amélioration de la qualité des soins, la maîtrise des coûts, l'efficacité et probablement aussi l'équité."*¹⁵ Depuis, d'autres projets tournant autour de la chirurgie ambulatoire, *"levier d'amélioration de la qualité de la chirurgie en Europe"*, et soutenus par les Communautés européennes ont vu le jour, toujours à l'initiative de l'IAAS¹⁶.

Huit pays étaient associés à ce premier projet qui a pu se développer grâce à la très forte implication en termes de travail et de compétences d'une équipe mise à la disposition du projet et de l'IAAS par l'Agence sanitaire et sociale régionale de la Région de Venise¹⁷.

Le travail a été réparti entre ces huit pays¹⁸. En ce qui concerne la France, l'IAAS et l'AFCA¹⁹ ont pu introduire la CNAM²⁰ puis la HAS²¹ comme institutions partenaires. Dès le second projet européen sur la chirurgie ambulatoire, Day Safe, l'ANAP²² a elle aussi été introduite comme partenaire. La France est donc non seulement bien représentée mais active dans ces projets puisque nos institutions ont même assumé la charge de l'animation de certains des "work package" du projet.

Un gros travail a donc été fait sur les indicateurs concernant les prises en charge en chirurgie ambulatoire. L'IAAS avait été pionnière en diffusant très tôt, dès les années quatre-vingt-dix, des propositions d'initiatives australiennes et françaises en particulier. Puis, en novembre 2002, elle avait diffusé officiellement un ensemble de 6 "clinical indicators". Ces indicateurs ont fait l'objet de nombreuses publications et de nombreuses formations. Ils ont été largement repris, mis en place, suivis dans de nombreux pays.

Le travail fait grâce au projet européen DSDP va bien sûr beaucoup plus loin. Il a tout d'abord permis de dégager un ensemble de 95 indicateurs dans la grande masse de ceux qu'on retrouve dans la littérature. Puis, à dire d'experts, 22 ont été finalement retenus comme particulièrement dignes d'intérêt. Nous avons diffusé ces travaux²³. Ils sont tous disponibles sur le site du projet abrité par l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (EAHC)²⁴ qui a financé le projet DSDP.

Que retenir du colloque de clôture qui s'est tenu la semaine dernière ?

Que, malgré les difficultés, du bon travail peut être fait au plan européen, en articulant les institutions et les sociétés professionnelles. Les work package se sont enchaînés, articulés les uns aux autres. Certes il faut une animation forte. Les Italiens ont su relancer et remettre en perspective autant qu'il le fallait. Au total des consensus sont apparus, les points de divergence sont plus clairs aussi. Ce projet a été l'occasion pour chacune des institutions d'approfondir le sujet de la chirurgie ambulatoire et de constater les points forts, les points faibles ou les vulnérabilités de chaque contexte national. C'est le cas ici. Le travail effectué est aussi utile que les résultats obtenus. C'est aussi comme cela que l'Europe progresse.

Que la crise vécue par tous nos pays européens rend encore plus nécessaire qu'avant des progrès en matière de chirurgie ambulatoire. Les pressions financières vont se faire encore plus prégnantes. Raison de plus pour que les bonnes pratiques soient respectées et que la chirurgie ambulatoire ne se confonde pas avec une dangereuse chirurgie rapide.

Que la période actuelle souligne le drame et le coût de notre incapacité collective à avoir mis en place un même système de DRG. Une somme aussi considérable que coûteuse d'énergies et de compétences doit se déployer pour rendre les comparaisons possibles entre nos pays. Au plan européen, voilà sans doute un chantier prioritaire pour nos élus. Pas facile, maintenant que chacun a son système, mais nécessaire.

En termes d'indicateurs, les initiatives sont de plus en plus nombreuses mais manquent de coordination. Le responsable du programme ECHIM (European Community health indicators monitoring²⁵) était là et en témoignait lui aussi. Il faut donc progresser sur ce terrain de la coordination et de l'homogénéité des indicateurs mis en place et suivis par nos différentes institutions nationales et internationales.

Il faut encore et encore expliquer que la chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge qui ne traduit qu'une capacité organisationnelle. Il n'y a donc aucune raison de créer des indicateurs spécifiques de la "chirurgie". Bien au contraire, les principaux indicateurs de résultat ou de gestion des risques sont, par exemple, les mêmes. Par contre la régulation du système exige des indicateurs spécifiques²⁶.

Du point de vue de la dimension "qualité" de la chirurgie ambulatoire, les indicateurs sécurité, délais et satisfaction des patients sont plus couramment suivis que ceux relatifs à l'efficacité, à la productivité ou à l'équité d'accès.

Parmi les résultats et les propositions du projet DSDP, qu'est-ce qui vous a paru nouveau et particulièrement intéressant ? La question a été posée aux participants au débat qui a clos ce colloque. La réponse a été unanime de la part des représentants des institutions partenaires comme des associations nationales de chirurgie ambulatoire. Il s'agissait de la distinction à faire parmi les indicateurs selon l'utilisateur final. Il n'y a donc pas qu'en France que la question se pose ! Le rapport souligne en effet clairement que les indicateurs ne doivent pas être les mêmes selon que l'on se situe au niveau national (régional) ou au niveau de l'établissement de santé (de l'unité de chirurgie ambulatoire), au niveau de la tutelle ou au niveau de l'animation locale, au niveau du suivi des politiques de santé ou au niveau des options stratégiques de l'établissement, au niveau des temporalités de suivi et en matière de publication. Non seulement les besoins d'information sont différents, mais les politiques de communication doivent être adaptées et les effets pervers anticipés. Un représentant anglais a donné l'exemple récent de l'indicateur national de suivi des délais de prise en charge aux urgences dans son pays. Cet indicateur est suivi dans tous les établissements et les résultats sont publiés. "Résultat", si l'on peut dire, beaucoup d'hôpitaux ont recruté une infirmière d'accueil ce qui fait que les patients sont maintenant "vus" très rapidement... Mais les temps d'attente, eux, ne se sont pas réduits pour autant.

Bref, les indicateurs ont mis du temps à pénétrer l'univers hospitalier. De nombreux progrès ont été faits ces dernières années. Les outils existent. Mais il reste beaucoup à faire pour apprendre à s'en servir. Simplification, réduction du nombre, choix cohérent selon l'objectif poursuivi et le responsable du suivi, politique de communication, anticipation et contre mesure face aux effets pervers inévitables... Ce n'est pas à l'UNHPC qui a toujours fermement milité pour le développement d'indicateurs et en particulier d'indicateurs de "résultats" que nous dirons le contraire !

En conclusion le Président de l'IAAS, le Dr Carlo Castoro, a souligné que le chantier n'était pas clos, mais qu'au contraire, au vu des résultats de ce travail, "*tout commençait*". Qu'est-ce à dire ? L'IAAS se propose de réfléchir et de travailler aux suites à donner à ce travail. D'ores et déjà il apparaît qu'il faudrait multiplier les rencontres bilatérales, en particulier entre responsables des ministères et/ou des Agences, s'immiscer si possible dans une réunion des ministres de la santé à Bruxelles, organiser une réunion de travail au niveau du Parlement européen, rédiger et diffuser un nouveau policy brief²⁷, développer des outils simples, pratiques et présentés de façon très courtes, des formations, inciter à la création de bases de données comparatives...

Beau et nécessaire programme, en effet.

On peut ajouter ici que l'initiative de la société savante internationale relayée par les sociétés savantes nationales prouve que du bon travail peut être fait. Nul n'étant prophète en son pays, tout le monde profite de ces expériences. De ce point de vue, nous, Français, pouvons ici remercier le Pr Ugo Baccaglini, le Dr Carlo Castoro et Mme Pascale Camporese qui ont eu le courage de lancer l'IAAS dans cette aventure, et qui se sont dépensés sans compter pour que ce projet aboutisse. Comment ne pas relever aussi l'immense travail qui a été fait par les spécialistes mis au service de ce projet par l'ARS de la Région Vénétie et la confiance qu'a su accorder cette institution publique à nos sociétés savantes. Comment ne pas relever enfin l'acuité de la vision stratégique des représentants des Communautés européennes qui ont perçu l'importance du développement de la chirurgie ambulatoire pour l'avenir de nos systèmes sociaux et ont décidé de soutenir les initiatives de l'IAAS.

Beaucoup reste à faire pour que nos sociétés puissent bénéficier des bienfaits de la chirurgie ambulatoire. Sans que ce soit le sujet, la question a bien sûr été évoquée. Les blocages des administrations sont courants et leur imagination est grande. Longtemps les hôpitaux publics allemands ont été interdits de chirurgie ambulatoire. Aujourd'hui, certains anciens pays de l'Est intéressent le personnel hospitalier à la durée de séjour... La France a eu un temps ses taux de change et ses quotas sanctionnables et sanctionnés, dans le cadre de ce qui était déjà une "*priorité nationale*" ! La saga des bornes basses est dans tous les esprits. Nos hésitations à mettre en place le tarif identique, autrement dit une tarification cohérente, aussi. Ah, si la chirurgie ambulatoire permettait de couler du béton et d'agrandir nos hôpitaux, quel succès n'aurait-elle pas !

Comme l'a souligné le Dr Guy Dargent qui représentait l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (EAHC), il est important de pouvoir fournir aux décideurs politiques des programmes "evidence based", fondés sur des preuves, comme on dit en médecine. En chirurgie ambulatoire, les indicateurs y participent. Mais, dit-il, il ne faut jamais oublier que les "preuves" (de ce qui marche et est utile) ne sont pas les seuls déterminants de la décision politique. En effet. Il y a longtemps que la chirurgie ambulatoire a fait ses preuves. Mais la route reste longue et les innovations, au sens Schumpeterien, ne se développent pas toute seules, tant elles changent les comportements... Raison de plus pour avoir de bons indicateurs !

- ¹ INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- ² Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation - JORF n°0194 du 22 août 2012 page 13678 texte n° 9 - NOR: AFSH1222673D
Cf. mail UNHPC 12/505 du mercredi 22 août 2012
- ³ Art. D. 6124-301-1. : Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.
- ⁴ Article D6124-303 : Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

- ⁵ Le séminaire "confidentiel" du 15 octobre 2010 sera suivi en fait d'un Colloque ANAP - HAS - AFCA intitulé "Chirurgie ambulatoire « Quel projet pour la chirurgie ambulatoire en France ? »" et de la publication d'un "Diagnostic partagé" très prudent sur le tarif identique compte-tenu du contexte.
Pour le "Diagnostic partagé" du 23 novembre 2010, cf. le communiqué et l'ensemble des documents sur : <http://www.anap.fr/actualites/actualites-projets/quel-projet-pour-la-chirurgie-en-france/>
- ⁶ Cf. mail UNHPC 2011/06 du 6 janvier 2011 : Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque
- ⁷ Cf. mail UNHPC 2011/119 du 1er mars 2011 "Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007" et mail UNHPC 2011/563 du 17 octobre 2011, document ATIH "Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire"
- ⁸ Les premiers sont sortis. Cf. le rapport "Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire" - Socle de connaissances, la synthèse de ce rapport et un document intitulé : "La chirurgie ambulatoire en 12 questions" (mail UNHPC 12/289 du vendredi 20 avril 2012).
Cf. aussi notre chronique UNHPC 12/16 du lundi 23 avril 2012
- ⁹ 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.
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 - Arrêté pris en application du décret ci-dessus. Ce texte remarquable est le texte qui a rendu obligatoire la "check-list" au bloc opératoire en France. Le document décrivant l'organisation du bloc est non seulement un document "qualité" important, mais il se fonde sur la compétence des professionnels et leur apporte une protection juridique importante en cas d'accident.
Il faut ajouter à ces textes l'Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b) de ce même code.
- ¹⁰ MSAP : Mise sous accord préalable
- ¹¹ AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris
- ¹² Day surgery data project (DSDP)
Project N° 20081305
Démarré le 1^{er} septembre 2009, clôturé le 31 août 2012
Cf. le site du projet : <http://www.dsdp.eu/> - Tous les rapports finaux des différents "work package" y sont téléchargeables, en particulier celui du WP4 qui liste et présente sous forme de fiches individuelles chacun des 95 indicateurs qui ont été travaillés.
- ¹³ IAAS : International association for ambulatory surgery
- ¹⁴ "The general objective of the project is to validate and define a set of DS standard indicators and, more in general, to develop the Information Systems on DS in Europe. It will also identify and test potential indicators." - "Aim and general objectives"
- ¹⁵ "DS represents an innovative tool for health sector reform in Europe contributing to several common objectives such as improving quality of care, controlling cost, enhancing efficiency and possibly equity".
- ¹⁶ Cf. en particulier le projet en cours dénommé Day Safe. - <http://www.daysafe.eu/>
"The general objective of the project is to improve patient safety and quality of hospital care through the promotion of DS best practices and standards." ("L'objectif général du projet est d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins à l'hôpital par la promotion de bonnes pratiques et de normes appropriées en chirurgie ambulatoire.")
- ¹⁷ Agenzia Regionale Socio-Sanitaria del Veneto - ARSS Veneto
- ¹⁸ Pour la France, à la demande de l'AFCA et de l'IAAS, la Caisse Nationale d'Assurance Ma-

ladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS - puis la Haute Autorité de Santé - HAS avaient accepté de participer au projet DSDP.

Les autres pays représentés dans le projet étaient : la Belgique (Institut National d'Assurance Maladie * National Institute for Health and Disability Insurance - NIHDI) - le Danemark (Danske Regioner * Association of Danish Regions - ADR) - la Hongrie (Europ-Med Orvosi Szolgálat Kft * Europ-Med Medical Company limited) - l'Italie (Agenzia Regionale Socio-Sanitaria del Veneto - ARSS Veneto ; Azienda Ospedaliera di Padova - AOP et Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGE.NA.S Rome) - le Portugal (Centro Hospitalar Do Porto - CHP) - la Roumanie (Spitalul Clinic judetean de Urgenta Timisoara * Clinical Emergency County Hospital Timisoara - SCJUT) - le Royaume-Uni (King's College NHS Foundation Trust - KCH)

¹⁹ AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire

²⁰ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

²¹ HAS : Haute autorité de santé

²² ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

²³ Cf. entre autres le mail UNHPC 2011/236 du 16 avril 2011

²⁴ The Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) is entrusted by the European Commission to implement the Health Programme. This is mainly done through financing four types of different actions: projects, conferences, joint actions and operation grants. Those actions intend to have a special European dimension, meaning that a minimum of various partners of different European Countries have to be involved in the project plan. For more specific information please see the respective Programme actions.

For receiving an European grant projects generally have to contribute at least to one of the 3 main objectives of the Health Programme (2008-2013):

- to improve citizens' health security;
- to promote health, including the reduction of health inequalities;
- to generate and disseminate health information and knowledge.

Cf. <http://ec.europa.eu/eahc/>

²⁵ Cf. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm pour une présentation générale, mais aussi :

- <http://www.echim.org/>

- http://www.healthindicators.eu/object_document/o5873n28314.html Ce site liste les indicateurs ECHI

²⁶ Cf. par exemple : *"In fact several DS indicators are expected to be identical to conventional setting surgery, whereas others are specific, but distinction becomes crucial in the design of a functional health information system."*

"En fait, plusieurs indicateurs relatifs à la chirurgie ambulatoire devraient être identiques à ceux de la chirurgie de séjour conventionnel, tandis que d'autres sont spécifiques, mais la distinction devient cruciale pour la conception d'un système d'information sanitaire fonctionnel."

²⁷ Cf. la publication IAAS - European Observatory on Health Systems and Policies : *"Day Surgery: Making it Happen"*

Téléchargeable sur <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/policy-briefs/observatory-policy-briefs/day-surgery-making-it-happen>

Au niveau des documents récemment publiés ayant trait à la chirurgie ambulatoire signons un nouveau document du NHS anglais intitulé *"Day surgery: operational guide"*. "This guide is an aide to managers and commissioners to improve efficiency in day surgery units. The NHS Plan sets the patient firmly at the centre of a framework for modernising the NHS. Taking forward the agenda to reduce waiting times, implement booking systems and introduce choice requires fundamental changes in practice and for the NHS to "do things differently".

Téléchargeable sur http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487

L'hôpital, la crise et la réforme

- ✦ Réformer ?
- ✦ La vie dangereuse des réseaux
- ✦ L'hôpital ne serait pas une entreprise
- ✦ Militance et responsabilité dans les annonces
- ✦ De meilleurs soins pour moins cher
- ✦ La certification des comptes des hôpitaux

***Avec la "droite"
on se demandait avec angoisse
où étaient les "libéraux" ?...***

***Aujourd'hui, avec la gauche,
on se demande avec angoisse
où sont les "progressistes" ?...***

Date de parution : lundi 10 septembre 2012

Mots types : ANAP - A. Coulomb - M. R. Babel - Acteurs de santé - M. Touraine - Pacte de confiance - E. Couty - L. Parisot - IGAS - Management - IOM - Best care for lower cost - Fr. Hollande

Nous venons de vivre une semaine de toutes les contradictions. Loin de la triste mode du dénigrement qui fait vendre - les unes de nos hebdomadaires cette semaine nous montrent l'ampleur de ces dérives - il faut prendre le risque d'une pause pour essayer d'y voir plus clair.

Réformer est et a toujours été difficile. Réformer un secteur qui pèse plus d'un million d'emplois encore plus. Les nécessités sont là, mais les gouvernements se succèdent et se ressemblent. En France la continuité entre la gauche et la droite est plus forte que jamais sur les questions de santé. On s'en réjouit lorsqu'il s'agit de défendre un système fondé sur la solidarité. On s'en inquiète lorsqu'il s'agit de défendre la corporation la plus puissante en faisant payer de plus en plus cher le pays, surtout lorsqu'il est en crise, en divisant les acteurs sur des critères idéologiques ou en les accusant de ce dont on est responsable. Cette semaine

bruissait de contradictions importantes entre les discours et la réalité, entre les approches. Reprenons quelques exemples parmi d'autres.

Réformer ?

Notre système de santé fait beaucoup d'envieux de par le monde. Il est au centre de notre pacte social. Avec les autres systèmes de santé européens, il porte la marque d'une civilisation apaisée et solidaire. Ce n'est pas rien ! Le maintenir n'est pas plus difficile pour notre génération que ce le fut de le créer pour les générations qui nous ont précédés et qui vivaient avec un niveau de développement incomparablement plus bas.

Pourtant, notre système a besoin de réformes.

Il crée de la dette ; il la fait porter sur les générations futures ; il manque d'efficacité ; occasionne beaucoup de dépenses inutiles ; ne mesure pas ses progrès de productivité ; la sécurité de ses prestations est insuffisamment maîtrisée ; sa lourdeur bureaucratique et institutionnelle accroît ses coûts et démotive ses personnels ; ses règles de financement sont encore souvent inadaptées, certaines attendent à la nature même de la médecine ; il fait consommer trop de médicaments ; il hospitalise trop, ne coordonne pas assez ; il manque de cohérence et d'évaluation en matière d'éducation et de connaissance de son corps comme de sa santé et donc de politiques de prévention ; la diffusion des connaissances médicales est trop lente ; l'Etat a tous les pouvoirs mais s'enfonce dans les conflits d'intérêts et dans la peur des conséquences électorales de ses décisions les plus utiles ; l'hôpital est au cœur du système et sa nécessaire réforme pose problème compte tenu du centralisme de notre pays, de ses effectifs et des contradictions existantes entre les deux rôles qu'on lui fait jouer, celui d'acteur de santé et celui de régulateur de l'emploi et des investissements locaux ; la gestion de l'hôpital public balbutie encore, les fonds spéculatifs font courir un risque aux cliniques privées ; l'ascenseur social est en panne, malgré notre capacité à créer des emplois, à cause des rigidités statutaires de nos métiers de soignants ; le système est trop cloisonné et ces cloisons sont rigidifiées par la non-fongibilité des enveloppes ; avec la misère qui s'étend, les cas d'exclusions ou de renoncement aux soins recommencent à faire problème...

Arrêtons cette liste. Le but n'est pas d'être exhaustif, mais le risque est de décourager.

Tout cela est difficile, angoissant, mais connu de tous. L'analyse n'entame pas le consensus national sur les constats qu'elle révèle. Le consensus sur les valeurs fondatrices de notre système de santé est précieuxissime. Raison de plus pour prendre ces problèmes à bras-le-corps. Pourquoi avons-nous tant de mal ?

Cette semaine un journaliste nous livrait une analyse un peu café de commerce et un peu rabâchée, mais qui demeure pourtant¹. Citons-le : "*Les Français sont un peuple aussi épatant que désespérant. Original, imaginaire,*

l'occasion radical, quand il fut question de renverser monarchies et privilèges. Mais frileux et conservateur dès qu'il s'agit de corriger ce qui, dans le pays, va de travers. Prompt à la révolte, voire à la révolution, mais rétif à la réforme.

Selon un rituel trop bien rodé, tout le monde, alors, se met d'accord sur l'objectif et les principes avant de s'empoigner sans fin sur les solutions. Au final, l'intérêt général se retrouve paralysé par une cohorte de féodalités et de corporations, d'intérêts particuliers et contradictoires. Bien souvent, l'affaire en reste là." Il illustre son propos avec deux dossiers : la réforme des rythmes scolaires et la limitation du cumul des mandats en situant les intérêts en jeu. La conclusion de son article était la suivante : "On en est donc réduit à invoquer le marquis de Sade : « Français, encore un effort si vous voulez être républicains. » C'est-à-dire, de nos jours, fermement réformistes." La réforme du système de santé aurait aussi pu fournir cette semaine un très bon exemple à ses propos.

Les "réseaux de santé" véritables "acteurs de la prise en charge" ?

Cela a commencé avec les très intéressantes "Universités d'été de la performance en santé" organisées par l'ANAP²³. Le thème central était : "*La coordination des acteurs, effet de mode ou nécessité ?*" On connaît tous la réponse. Tous les pays du monde savent que c'est un défi majeur pour les temps qui viennent. Dès le discours introductif, le Pr Victor Rodwin insiste sur quelques-unes des caractéristiques de notre système de santé. En fait elles ne sont guère différentes de celles de beaucoup d'autres. Les défis du futur se nomment entre autres "*défaut de coordination*", défaut d'organisation de la sortie, hospitalisations inutiles... Il illustre. On connaît, en effet. Relations ville-hôpital, coopérations, réseaux... On n'arrête pas d'en parler depuis des années et des années... Mais les dossiers n'avancent guère. les freins sont multiples. On cherche même à détourner le vocabulaire. Le sort réservé au mot "*coopération*" dans le secteur de la santé en est un exemple flagrant, nous l'avons souvent relevé ici.

A Strasbourg au cours de ces "universités d'été", Alain Coulomb note très justement : "*Aujourd'hui plus on félicite les réseaux, plus on diminue leurs dotations.*"⁴ C'est en effet la dure réalité vécue par nos réseaux.

On sait qu'un "*guide*" est en préparation à la DGOS⁵. On nous le promet depuis près de deux ans. Il va bien sûr tout résoudre. Les réseaux de santé sont en effet au cœur de la question de la coordination des prises en charge, de la fluidité des parcours des patients. Près de 20 ans qu'on atermoie. On sait tous que si la dernière définition est correcte "*réseaux de santé*", il leur manque un outil juridique adapté. Plusieurs autres questions déterminantes dans la vie des réseaux n'ont jamais été prises en charge sérieusement. Citons par exemple les questions relatives au régime des responsabilités dans la pratique d'une médecine concertée, celle d'un système d'allocation de ressources cohérent et donc

forfaitaire et versé à la personne morale... Peut-être va-t-on progresser, le consensus sur la nécessité de coordonner et d'avoir une approche "parcours", ou "épisode", n'étant plus nié par personne depuis les très bons rapports du HCAAM⁶ en particulier.

Eh bien patatras ! A Strasbourg toujours, Marie-Renée Babel, directrice générale adjointe de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, une voix autorisée, dévoile une partie du contenu de ce "*guide*". Les fonctions des réseaux seront mieux définies. Soit. Mais elles ne devront pas "*faire émerger un nouvel acteur de la prise en charge*"⁷. On se frotte l'oreille. Il y a longtemps - que le code de la santé publique a consacré le triptyque médecins - établissements - réseaux comme étant celui des "*acteurs de la prise en charge*"⁸ !...

Qu'est-ce à dire ? Qu'on va régresser ? Les réseaux de santé sont aujourd'hui, juridiquement, un acteur de la prise en charge. Ils ne seront plus reconnus ainsi ? Si cela est, c'est gravissime, c'est un recul coûteux, décourageant pour tous ceux qui avaient anticipé une évolution nécessaire, et surtout en pleine contradiction avec les besoins avérés de notre système de santé. Heureusement, il peut s'agir d'une erreur malheureuse faite par Mme Babel. Pourtant le "*guide*", très compliqué, semble bien aller dans ce sens⁹. Les réseaux de santé sont bien un acteur de santé. Il leur manque seulement d'être payés pour cela et d'avoir un statut juridique adapté et de pouvoir bénéficier d'un régime de responsabilité adapté lui aussi.

Cette histoire nous rappelle aussi qu'on n'est jamais mieux servi que par soi-même. Les cliniques sont, de fait, de véritables réseaux potentiels : il suffirait d'habiller les pratiques du point de vue du droit. C'est une affaire de lucidité et de volonté stratégique. Il faut surtout mettre au point et obtenir des financements forfaitaires pour l'ensemble du parcours¹⁰ ou de l'épisode. Il est grand temps de mettre certaines de nos autorités face à leur discours et face à leurs responsabilités pour démarrer quelques expériences. Pour le reste, nous savons qu'il faudra encore 20 ans, mais il est grand temps de démarrer, sinon ce sera encore 30 ou 40 ans !

L'hôpital : une "entreprise" ? Un débat bien de chez nous...



Illustration de la page du site du Ministère intitulée :
"Marisol Touraine propose un « pacte de confiance pour l'hôpital »"

"Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté ce vendredi 7 septembre 2012 les grandes orientations de sa politique hospitalière aux professionnels du monde hospitalier." C'est ainsi que le site du Ministère présente la proposition de **"Pacte de confiance pour l'hôpital"**.¹¹

Un des points clef, nous dit-on, concerne la notion d'entreprise. La presse le relève. Que dit notre Ministre ? *"Consacrer les valeurs du service public, c'est dire que l'hôpital n'est pas une entreprise."* Ce n'est pas la première fois qu'elle le dit. C'est pour elle un point dur.

On peut tout d'abord s'étonner de cet ostracisme à l'encontre de l'entreprise. La tradition ouvrière dont se réclamait, il n'y a pas si longtemps encore, le Parti Socialiste était plutôt à la glorification de l'entreprise, de l'outil de travail. L'opprobre était destiné au patron qui dirigeait mal, exploitait, aliénait ses travailleurs. Est-ce parce qu'ici, le patron c'est l'Etat, qu'on se retourne ainsi contre l'entreprise ? Curieux. L'entreprise est donc chargée de tous les maux, puisque le *"service public"*, entendez *"l'hôpital public"*, nous y reviendrons, est, lui, porteur des *"valeurs"*.

Pourtant, que constatons nous en lisant attentivement le long discours de notre Ministre ? : qu'elle donne une place prépondérante aux fonctions de l'entreprise hôpital, ou peu s'en faut.

Reprenons quelques exemples, dans l'ordre. *"Impératifs de gestion rigoureuse"* - *"faire évoluer nos établissements"* - *"convergence tarifaire"*¹² - la T2A *"est un outil technique et politique, qui doit favoriser la justice, l'efficacité, la qualité et la transparence"* - Il faut financer *"des formations qualifiantes pour des métiers d'avenir"* et améliorer *"les conditions de travail"* - *"l'efficacité, c'est la transparence des règles de financement"* - *"l'innovation suppose également l'adaptation continue des compétences, des équipements et la réorganisation rigoureuse"* - *"le développement des modes de prise en charge ambulatoire est l'un des grands défis que doit relever dès aujourd'hui l'hôpital public"* (hors le financement, il ne s'agit que d'une affaire d'organisation...) - Il faut introduire *"de nouvelles fonctions dans l'hôpital : je pense par exemple à des gestionnaires de lits"* (si la fonction de lancement ordonnance n'est pas une fonction d'entreprise !...) - *"instances, modalités du dialo-*

gue social" - "la dimension sociale ne peut plus être un codicille de nos projets d'établissements" (établissement ? entreprise ?...) - "acteurs à part entière de la définition de la stratégie des établissements" - "tensions entre les directeurs et les médecins, qui ne se reconnaissent pas dans cette nouvelle gouvernance" - "transferts de tâches et de délégations de compétences" - "identification et définition de nouveaux métiers" - "mise en place de points carrière réguliers" - "parcours personnalisé des carrières" -...

Si tout ça ne vous parle pas de fonctions d'entreprises, excusez-moi ! On pourrait même croire que Madame Touraine est un ancien chef d'entreprise, tant elle s'étend. Il est vrai que, dans cette "entreprise", c'est l'Etat le patron. A la vérité, dans cette litanie, il manque quand même une fonction importante, c'est celle qui consiste à assurer la pérennité ou le développement de l'entreprise en répondant de façon efficiente (on n'ose dire "compétitive" !) aux besoins de ses "clients" ou de ses "usagers". Détail !

Nous voilà donc quand même un peu rassurés. Pour des raisons sans doute politiques, l'entreprise c'est le mal, mais notre Ministre considère que la priorité des priorités pour elle c'est d'améliorer son fonctionnement. Ouf ! Tant pis pour les contradictions de discours. Dans les faits, à l'écoute attentive, l'hôpital est bien une entreprise.

On relève néanmoins quelques contradictions dans son discours plus "gestionnaire" qu'"entrepreneurial". Les passages sur la direction¹³ font peur pour nos amis hospitaliers publics. Il faut un capitaine au navire. Ne pas en avoir conduit l'hôpital à sa perte. Croire que l'hôpital fonctionnera mieux en revenant au temps des comités est un leurre. Certes "*le directeur ne peut pas décider de tout. Parce que le pilotage efficace d'un établissement de santé ne peut que résulter d'un travail commun entre les médecins et le directeur.*" Certes ! Mais au fait, qui est le véritable directeur ? Le directeur en titre ou le directeur de l'ARS¹⁴ ? Il va falloir choisir. Il va falloir une vraie fonction de direction à l'hôpital, un directeur libre de son organisation et responsable de sa gestion car révocable "*ad nutum*", comme tout directeur d'entreprise en fait.

On peut faire confiance à **Edouard Couty**. Le voilà chargé de mission. "*Cher Edouard*", lui, connaît le métier. Il y a 15 ans, il posait déjà la question "*l'hôpital est-il gouvernable*". Sa réponse était claire lorsqu'il parlait de "*juxtaposition de pouvoirs aussi multiples que conflictuels autour d'une vocation unique*"¹⁵. Il saura donc trouver les moyens de passer de l'agora conflictuelle à la tension commune sur la "*vocation unique*", condition sine qua non du fonctionnement d'une entité qui doit "produire". Mais une fois encore, que de contradictions dans les discours !

Enfin, on sait Marisol Touraine très respectueuse du "*cap*" fixé par le Président de la République, et c'est heureux. En ce dimanche soir, le Président présentait aux Français son "*agenda pour le redressement*" du pays. On ne pouvait qu'être frappé du fait que le Président a mis l'entreprise au cœur de son "*cap*". Les premiers commentaires le soulignent à l'envie. Logique, puisqu'il dit lui-même que la priorité c'est l'emploi. Mais ne passerait-on pas d'un excès de défiance à un excès de confiance ? Ce jeudi, lors de la "Journée de rentrée"

organisée par la FHP¹⁶ beaucoup de ses auditeurs ont été frappés, comme quelques jours avant à l'émission d'Yves Calvi¹⁷, par la qualité du discours de **Laurence Parisot**¹⁸. Rappelant à ses interlocuteurs le sérieux de la crise, la misère qui monte, elle a bien sûr parlé des nécessaires progrès qu'il faut faire en termes de compétitivité de nos entreprises. Mais avant, dans les deux cas, elle a rappelé que le préalable absolu, nécessaire, indispensable, c'est le renforcement de l'Europe et de sa monnaie. Elle a rappelé les horreurs qui ont présidé à la fondation de l'Europe. La signification de notre drapeau européen nous le rappelle tous les jours : le monstre est encore là, bien vivant, prêt à dévorer la jeune démocratie européenne dès sa naissance si nous n'y prenons garde. Mais Laurence Parisot rappelait que les conditions faites à nos peuples ont bien changé et qu'il faut trouver d'urgence dans les conditions de notre avenir les raisons d'une accélération de l'unification et de l'organisation de notre continent.

On est loin de l'hôpital me direz-vous ? Non, l'hôpital, nous tous, établissements de santé, nous ne développerons nos entreprises et leurs services, nous ne répondrons à nos missions que si l'économie peut nous payer. Il faut bien sûr nous réformer pour être plus efficaces, mais, sans réduire nos responsabilités, tout ne dépend pas de nous, de notre capacité à "gérer". Tout ça pour dire qu'au plus haut niveau de l'Etat, la confiance soudaine dans les possibilités de nos entreprises est devenue presque trop grande, car, de l'Europe, il ne fut pas question une seule fois hier soir.

Jugez de la confiance que notre Ministre va maintenant mettre dans nos "entreprises" ! Sans être contradictoire, presque trop ! Il n'y a donc aucune raison de perdre le moral !

D'ailleurs, cette semaine, même l'IGAS¹⁹ s'y mettait : elle publiait un intéressant rapport intitulé "**Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants**". Ce rapport aurait d'ailleurs valu qu'on s'y étende un peu. "*Management et efficacité*" !

Un discours plus "militant" que "responsable" ?

Restons encore un peu sur cet important discours de notre Ministre. On y trouve beaucoup d'autres contradictions et d'autres sources de questionnement ou d'étonnements.

- "*En créant les conditions d'un égal accès aux soins, nous retisserons le lien de confiance entre les Français et leur système de santé publique.*" Tout le discours veut restaurer la confiance des Français dans leur "**hôpital public**"²⁰. Mais ils n'ont jamais perdu confiance ! Tous les sondages sont excellents tant pour l'hôpital que pour les cliniques. La FHF²¹ en fait chaque année un argument publicitaire en soulignant à chaque fois la grande confiance que les Français expriment pour leur hôpital public. La phrase est donc bizarre : la Ministre considérerait que c'est l'hôpital public qui manque à son devoir de garantir "*l'égal accès aux soins*" ? Il est vrai que, pour une

fois, elle parle ici de "système". Peut-être alors veut-elle dire qu'elle nous aidera nous aussi, les libéraux, à garantir un égal accès au lieu de nous enfoncer en sens contraire (dépassements, autorisations, allocation de ressources équivalentes pour un même patient...)?

- "*Permettre à chacun de se soigner, c'est considérer la santé comme un bien public et pas comme un marché.*" Alors pourquoi admettre le système des dépassements et se contenter de le "*limiter*" ?
Mais aussi : comment ne pas faire de la santé un "*marché*" et néanmoins stimuler chacun, trouver motif à agir et à s'améliorer ? Silence dans le reste du discours. Cela donne donc l'impression d'être une pétition de principe alors que ce devrait être une valeur structurante.
- "*Je conçois l'hôpital public comme l'épine dorsale de notre système de santé.*" Non, son rôle est éminent, mais l'épine dorsale cela veut dire que tout passe par lui et que c'est lui qui soutient tout. C'est trop ! C'est une des origines de nos problèmes.
- "*Ensemble nous devons redonner toute sa force à notre hôpital en lui donnant les moyens d'affronter l'avenir.*" Oui, s'il s'agit de dire, comme on nous le dit souvent au Ministère pour nous faire taire, "*quand je dis hôpital, je veux bien sûr dire tous les établissements de santé quel que soit leur statut*". Mais chez la Ministre, elle y tient, "*hôpital*" cela veut dire "*hôpital public*", la phrase prend donc un tout autre sens, discriminatoire.
- "*Notre système de santé publique est au cœur de notre pacte social aujourd'hui fragilisé. Or, sans pacte social, il n'y a pas de pacte républicain.*" Pourquoi "*publique*" et non pas "*système de santé*" tout court, ou système de santé "*national*" ou "*solidaire*" ? La Ministre oublie qu'elle est responsable du système dans son ensemble et non pas d'une de ses corporations. Si elle veut parler de "*politique de santé publique*", il faut la nommer comme telle car c'est un autre sujet.
- "*Renoncer et donc assister finalement en spectateur au démantèlement annoncé de notre service public de santé.*" Même remarque... On aurait préféré ... "*de notre système de santé*". Il faut donc rappeler que le pluralisme fait aussi partie du "*pacte républicain*", que la République a aboli les "*privileges*" !
- "*J'ai confiance dans l'hôpital public et dans les valeurs qu'il porte.*" Heureusement ! Nous aussi ! Mais dit dans un contexte d'exclusion, une fois de plus, la phrase prend un tout autre sens...
- Contradictoire et un peu amusant (encore que...) : on veut revoir, réformer la T2A. Soit. Mais la principale critique de la FHF, comme des autres fédérations, ne portait-elle pas justement sur le manque de visibilité causé par les changements incessants dans la T2A ?
- Difficile à comprendre sur un sujet fondamental : "*Il est temps de construire le parcours de soins en partant des besoins des patients et non plus des structures*". Certes il faut partir des besoins d'un parcours cohérent, ac-

cessible et efficient, mais il faudra bien des structures... On aurait aimé mieux comprendre cette allusion et surtout en savoir plus sur ce sujet incontournable pour l'avenir du système de santé et sa capacité à affronter les exigences du temps...

D'après Libération²², *"la Ministre a conclu : « Je ne vois pas en quoi un système de santé serait plus fort si l'hôpital est plus faible »"*. Certes, on ne voit pas non plus en quoi un système de santé serait plus fort si la médecine libérale est plus faible ou si les cliniques sont plus faibles ou, de fait, marginalisées ou exclues. Les questions, les problèmes, les exigences du système sont les mêmes pour tous puisque le *"système"* prend en charge tous les citoyens... Encore une fois il n'y aurait rien à redire si la Ministre parlait de la réforme de l'hôpital dans un contexte global. Le problème vient de ce qu'elle réduit le système de santé au service hospitalier public, lui-même réduit à la fonction publique hospitalière. C'est donc bien d'une régression dont on nous parle.

Du coup on ne peut lire que comme une clause de style l'affirmation selon laquelle *"je porte une vision globale du système de santé. Je n'oppose pas les uns aux autres."* Que serait-ce ? Tout nous dit le contraire. Rien ne nous indique qu'on va dans ce sens. Ne pas opposer ce serait ne pas distinguer le "bon" des autres²³. Ne pas opposer, ce serait nous mettre tous en tension vers les exigences actuelles de l'intérêt général, du bien commun (puisque, momentanément espérons-le, on ne peut plus dire hélas, "du service public" !). Il faut le dire : cette confusion entre service public et fonction publique est l'exact contraire d'une *"vision globale"*. Surtout, elle est un désastre pour le pays. Le point fondamental est là. Cette confusion est, de plus, en pleine contradiction avec les besoins du moment. Elle est en fait un vrai *"renoncement"* à préparer l'avenir en le fondant sur les valeurs communes.

Au final on aura trois groupes de travail : ils ont pour but de "restaurer" "un service public" réduit à la fonction publique hospitalière ; de *"donner une nouvelle impulsion au dialogue social à l'intérieur de l'hôpital"* ; de *"clarifier le fonctionnement de l'hôpital"*. Beau programme mais un peu court. On nous promettait une *"haute"* institution de plus pour début septembre. On nous annonce une "grande loi" pour bientôt. Un peu d'huile dans les rouages de l'hôpital public, personne ne s'en plaindra, mais au-delà, il va falloir se mettre à la hauteur des échéances. Car en effet, il va falloir *"promouvoir un service public hospitalier moderne à la hauteur des enjeux de la santé publique du XXI^e siècle"*. La formule n'est pas dans le discours, mais elle est dans la lettre de mission d'Edouard Cauty. C'est mieux formulé. Gardons donc espoir : pour la *"restauration"* de l'hôpital public, nous sommes exclus, pour la *"promotion"* citée ici, nous sommes tous indispensables et nous ferons partie de l'exigeante (re)construction qui nous attend, tous.

On nous promettait le *"changement"*, on nous parle en fait de *"restaurer"*. On aurait préféré entendre parler de *"reconquête"*, ou de *"progrès"*, malgré les difficultés du moment... car en effet, il faut bâtir : *"Le monde a changé. Les pouvoirs publics doivent faire face aux profondes mutations de notre société dans tous les domaines qui relèvent de leur responsabilité. [...]* La santé, à

l'évidence, n'échappe pas à cette règle". "Permettre le retour de la confiance, c'est garantir l'accès aux soins pour tous parce que c'est la condition d'un système de santé juste." Oui, Madame la Ministre. C'est cela que nous retiendrons. Rien n'est donc perdu. Gardons ces phrases qui étaient au début de votre discours et espérons que la mode des "comités de concertation" nous aidera à nous remettre à ce niveau. Bon courage Monsieur Couty ! Votre mission consiste à "préparer l'avenir de l'hôpital public". Nous savons que vous ne le concevez qu'en cohérence avec l'avenir du système de santé solidaire qui est le nôtre. Nous avons besoin de vous !

De meilleurs soins pour moins cher



Première diapositive du jeu proposé par l'IOM
à titre d'illustration de son nouveau rapport :
Best Care at Lower Cost

Nous avons signalé plusieurs fois cet été la qualité des réflexions américaines sur l'avenir de leur système de santé^{24,25}. Bien sûr, en France, c'est difficile à dire. On connaît les tares immenses du système de santé américain. Pourtant leur capacité d'analyse, leur capacité d'autocritique, leur pragmatisme pour trouver des solutions sont globalement très supérieurs aux nôtres.

Il se trouve que l'effervescence signalée cet été trouve sans doute cette semaine une sorte d'aboutissement dans la publication d'un livre qui nous apparaît comme potentiellement majeur. Il se situe dans la lignée du "*To err is human*" qui a généré des changements dans tous nos systèmes de santé occidentaux. Il a pour nom "*Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*"²⁶. De meilleurs soins pour moins cher : les voies d'un apprentissage continu. Là est le sujet du moment, dans tous nos pays. La crise nous oblige à soigner aussi bien, pour moins cher. Notre ambition doit être de soigner mieux pour moins cher.

On aurait tort de se priver de la réflexion des autres, des Américains en particulier. Ils ont des problèmes que nous avons à ce jour mieux solutionnés qu'eux. Nos systèmes d'assurance sociale nationaux sont, en Europe, en avance sur la réforme Obama. Cela ne nous empêche pas d'avoir avec eux nombre de soucis communs : la coordination des soins, notre capacité d'innovation, l'impératif de productivité, l'égalité d'accès, une plus grande efficacité de nos politiques de santé publique...

Ce livre est important. Très important. Sur près de 400 pages il fourmille d'idées. Il reprend à son compte l'ABIM²⁷ Foundation's Choosing Wisely

Campaign dont nous avons déjà parlé²⁸. Le Président Couderc a d'ailleurs proposé au Conseil National de Cancérologie d'examiner la liste proposée par l'ASCO et de prendre l'initiative d'une liste similaire pour la cancérologie française. Pour l'instant il n'obtient qu'un succès d'estime. Nous le rappelons ici pour signaler une des multiples pistes suggérées par "*Care at Lower Cost*".

Toutes ces précautions aussi pour rester sur notre constat d'une semaine de contradictions. Chez nous, on veut préparer l'avenir en "*restaurant l'hôpital public*" et en proclamant haut et fort, comme s'il s'agissait d'un principe fondateur, que "*l'hôpital n'est pas une entreprise*". Aux USA, le livre est publié par l'IOM²⁹ avec quelques outils simples. L'un d'eux consiste en une série d'illustrations publiées sous le titre "*Que peut-on faire pour le système de santé ?*" La différence d'approche est saisissante. On n'est pas loin de Kennedy avec son "*Ne demandez pas ce que votre pays peut faire pour vous. Demandez ce que vous pouvez faire pour votre pays.*" Contradiction franco-américaine ? Essayons de traduire le texte de ces quelques diapositives diffusées avec notre mail déjà cité³⁰.

"Que peut-on faire pour le système de santé ?

En matière de soins, les progrès récents permettent de traiter avec succès de nombreuses maladies qui étaient mortelles il y a moins d'une génération. Pourtant, notre système de santé génère une croissance des coûts insoutenables et ses résultats sont loin de son potentiel. Penchons-nous sur quelques objectifs pour le système de santé américain et demandons-nous comment ils pourraient être atteints en adoptant des pratiques déjà en usage dans d'autres industries.

1- Utiliser les technologies de l'information de manière plus efficace

Les cliniciens et les patients doivent avoir accès en temps réel aux dossiers médicaux et utiliser l'informatique pour rationaliser les tâches administratives.

Dans le système de santé... : 20 % des patients constatent que les résultats des tests ou dossiers médicaux n'ont pas été transférés à temps d'un endroit à un autre pour un rendez-vous ; 25 % des patients ont déclaré que leur interlocuteur a dû refaire des tests afin de disposer d'informations précises pour le diagnostic.

Dans d'autres industries... : la banque en ligne permet aux clients de voir l'historique de leurs mouvements financiers dans son ensemble et d'effectuer des transactions en quelques secondes.

2- Créer des systèmes pour gérer la complexité

Très rapidement, les technologies et les systèmes d'accès devraient aider les cliniciens à gérer la complexité croissante des connaissances médicales et à déterminer les soins réellement nécessaires.

Dans le système de santé... : 229 médecins sont impliqués dans la prise en charge d'un patient moyen venant d'un généraliste de Medicare ; 180 actes par patient et par jour sont gérés par des cliniciens dans les unités de soins intensifs.

Dans d'autres industries... : les industriels gèrent et suivent un réseau de plus en plus complexe de fournisseurs pour répondre à une demande en constante évolution.

3- Assurer la sécurité des soins

Les hôpitaux et les acteurs de soins doivent constamment évaluer leurs performances et tirer des enseignements de l'expérience pour réduire les erreurs et les dommages causés aux patients.

Dans le système de santé... : 1/3 des patients hospitalisés subissent un préjudice pendant leur séjour ; 1/5 des patients de Medicare sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours.

Dans les autres industries... : l'industrie de l'aviation tire des enseignements de ses résultats passés et ajuste ses manières de faire afin d'assurer la sécurité des vols.

4- Améliorer la transparence

Les patients et les médecins devraient avoir un accès facile aux prix des tests, des actes ainsi qu'à des informations fiables sur la qualité et les résultats des soins.

Dans le système de santé... : 63 % des patients ne savent pas combien a coûté leur prise en charge jusqu'à ce qu'ils reçoivent une facture ; 10 % des patients n'ont jamais connaissance de ce qu'ils ont coûté.

Dans d'autres industries... : avant d'acheter un appareil ou de réserver un hôtel, les consommateurs peuvent comparer les prix et la qualité de ce qui leur est proposé.

5- Promouvoir le travail d'équipe et la communication

Les médecins et le personnel hospitalier doivent communiquer afin de pouvoir systématiquement assurer la coordination des soins au sein et entre les différentes équipes de prise en charge.

Dans le système de santé... : 50 % des adultes se plaignent de problèmes concernant la coordination des soins, l'obtention des résultats des analyses et la communication entre les médecins. ; 1/3 des adultes disent que le système de santé est mal organisé.

Dans d'autres industries... : des équipes de contrôle travaillent en permanence et de façon transparente pour coordonner les ingénieurs, les techniciens et les multiples autres intervenants pour le succès du lancement et de la fabrication.

6- Partenariat avec les patients

Les cliniciens doivent tenir pleinement compte des besoins et des préférences des patients dans les décisions de soins.

Dans le système de santé... : moins de la moitié des patients peuvent profiter d'une information claire sur les bénéfices et les risques des traitements qui leur sont proposés ; moins de la moitié des patients sont satisfaits de leur niveau d'influence dans la prise de décision médicale.

Dans d'autres industries... : les entreprises de construction travaillent avec leurs clients pour construire des maisons sur mesure, répondant à leurs besoins et conformes à leurs desiderata.

7- Réduire les dépenses inutiles et augmenter l'efficacité.

L'argent ne devrait pas être consacré à des dépenses administratives inutiles ou inefficaces ou à des soins qui n'améliorent pas la santé.

Dans le système de santé... : 1/3 des dépenses de santé - environ 750 milliards de dollars ! - n'améliorent pas la santé.

Dans d'autres industries... : les lignes d'assemblage en usine sont surveillées en permanence afin d'améliorer la qualité, d'identifier les inefficacités et d'éliminer les coûts inutiles."

Ils sont fous ces Américains ! Ils sont naïfs ces Américains ! Ils ne sont pas comme nous ces Américains ! Ils comparent des choses qui ne sont pas comparables, c'est trop facile ! Arrêtez d'idéaliser l'industrie ! Certes. Mais c'est quand même intéressant cette différence d'approche entre l'IOM et notre Ministre, vous ne trouvez pas ?

On pourrait continuer la liste des contradictions de la semaine.

Pour terminer sur une contradiction positive, citons le fait que le Président de la République en personne demande solennellement d'accélérer la **certification des comptes des établissements publics de santé**¹. Il commente même "*Je demande là encore une chose si simple qu'elle devrait déjà être faite*" ! Comment ne pas s'en réjouir alors que tout était fait y compris à la DGOS pour retarder. Il a raison le Président, il faut avoir confiance dans les entreprises, mais pour cela il faut aussi les contrôler. L'hôpital n'est peut-être pas une entreprise, mais il va falloir qu'il certifie ses comptes ! A quand l'accélération du dossier de la facturation², "*une chose si simple*" elle aussi...

On pourrait continuer la liste, mais il faut s'arrêter.

Folle semaine, vraiment !

¹ Gérard Courtois - *Français, encore un effort pour être réformistes !* - Le Monde du 3 septembre 2012

² ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

³ Cf. mail UNHPC 12/521 du mardi 4 septembre 2012

⁴ Alain Coulomb, cité par Sabine Neulat-Isard, aux Universités d'été de l'Anap - *Des perspectives d'évolution données aux réseaux de santé dans le futur guide de la DGOS* - san/hm/APM polsan - HMPI3001 03/09/2012 09:05 ACTU

⁵ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

⁶ HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

⁷ Idem

⁸ Cf. entre autres :

- l'article L1110-1 : "*Les professionnels, les établissements et réseaux de santé [...] contribuent [...] à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sé-*

curité sanitaire possible."

- l'article L1110-4 : "Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé..."
 - l'article L6321-1 : "Les réseaux de santé ont pour objet de... Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins."
- ⁹ La phrase qui se trouve sans doute derrière l'affirmation de Mme Babel est à la page 9 du projet de "guide" : "Le portage de ce service d'appui serait assuré avec l'objectif d'éviter toute institutionnalisation car la finalité principale est de mettre en relation les différents intervenants autour des parcours des patients et non de faire émerger un nouvel acteur de la prise en charge."
 Cette phrase est dans un paragraphe sur "la fonction d'appui à la coordination". Soit. Le réseau ne serait alors plus un "réseau de santé" mais une société de service. Tout ça pour ça ! A moins que chez certains auteurs du fameux "guide" il y ait un arrière-plan de planification à l'ancienne. Le vrai sujet c'est bien l'institutionnalisation de la prise en charge du parcours. Il va très au-delà d'une fonction sympathique de coordination ou d'une fonction autoritaire de planification. Mais à la lecture du "guide" on voit bien que les sujets ne sont pas dominés. Un vocabulaire parfois digne du meilleur théâtre et la longueur des "explications" ne suffisent pas à cacher l'embarras des auteurs. Les objectifs et enjeux restent bien "un mode de construction organisationnelle agile" (ça ne s'invente pas !... mais ça se trouve p. 36). Il y aura d'autres guides, d'autres décrets, d'autres circulaires, n'en doutons pas. En attendant, souhaitons bon courage, beaucoup "d'agilité" et surtout beaucoup d'opiniâtreté aux réseaux !
- ¹⁰ Sur ce sujet cette semaine, cf. Lydie Watremetz - *Rentrée 2012 - Les parcours de soins et de santé restent semés d'embûches* - Dépêche Hospimedia du 7 septembre 2012
 "La deuxième édition des États généraux de la santé en région a planché sur les concepts de parcours de soins et de santé. Si ces notions semblent faire consensus, encore faut-il les concrétiser.
 La problématique des parcours de santé et de soins aujourd'hui ressemble à une valise sans poignée : on ne sait pas vraiment comment s'en saisir. Ce sentiment a nettement dominé les tables rondes organisées le 6 septembre au matin à l'Abbaye de Fontenay, en Bourgogne, dans le cadre de la deuxième édition des États généraux de la santé en région.
 Pas de coordination sans outil - S'il paraît acquis qu'il faudra à l'avenir raisonner en terme de parcours, une véritable mise à plat du système de prise en charge est nécessaire pour que cela ne reste pas qu'un vœu pieux. Toutes les règles du jeu du système de santé actuel – planification, gestion du personnel, financement... – vont à l'encontre d'un dispositif de santé au parcours, a déclaré Guy Collet, conseiller stratégie à la Fédération hospitalière de France (FHF). [...]"
- ¹¹ Cf. mail UNHPC 12/533 du 9 septembre 2012 ou <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-propose-un-pacte-de-confiance-pour-l-hopital.html>
 Image relevée le 7 septembre 2012
- ¹² Ne nous étendons pas sur cette mesure "phare" censée résoudre tous les problèmes. Là aussi on est en pleine contradiction avec les exigences du temps. Quoi qu'on dise elle marque aussi la continuité entre la gauche et la droite. Rappelons l'affirmation de l'IGAS selon laquelle "Quelles que soient les décisions en matière de convergence tarifaire, les travaux en cours sur les écarts justifiés entre les secteurs publics et privés, inaboutis, devraient être menés à leur terme" (Rapport de l'IGAS sur ses propositions pour la maîtrise de l'ONDAM - 2013/2017 - page 49). Mais souvenons-nous aussi du fait que la meilleure manière de faire la convergence sans le dire, c'est, à enveloppe constante, d'augmenter la part des MIGAC. Il se pourrait, ainsi, que d'ici quelques années le privé soit plus cher que le public. C.Q.F.D. !
 Dans son importante interview dans Le Monde Marisol Touraine affirme aussi : "Je mettrai également fin à la convergence tarifaire entre le public et le privé, qui poussait l'hôpital à une logique de rentabilité trop exacerbée." La notion de rentabilité trop exacerbée est nou-

- velle et intéressante. Il serait tout aussi intéressant d'avoir une mesure de la "rentabilité" ou du surplus - comme on disait en économie administrée - dégagé par les hôpitaux. Rappelons que dans beaucoup d'hôpitaux on confond encore rentabilité et chiffre d'affaires dégagé. Par ailleurs il y a la dette... et Moodys.
- Marisol Touraine : *"L'hôpital ne doit pas être guidé par la seule logique comptable"* - Propos recueillis par Paul Benkimoun et Cécile Prieur - Le Monde du 8 septembre 2012
- ¹³ Toujours dans Le Monde, Marisol Touraine fustige HPST qui a rompu *"l'équilibre entre le rôle des soignants et celui de la direction. Nous devons y remédier"* dit-elle.
- ¹⁴ ARS : Agence régionale de santé
- ¹⁵ Edouard Couty - Journées du SIRIF (Syndicat interhospitalier régional d'Ile de France) - *« Quels pouvoirs pour quel hôpital ? L'hôpital est-il gouvernable ? »* - Décision Santé - N° 111, 1-15 avril 1997 p. 19
- "Pour Edouard Couty, directeur général du CHU de Strasbourg, la question dépasse le cadre rhétorique : « L'hôpital est un lieu de pouvoirs politique, religieux, médical et, depuis 1970, administratif et financier, expose-t-il. La loi de 1991 est venue introduire le principe du pouvoir infirmier. L'hôpital se présente donc comme une juxtaposition de pouvoirs aussi multiples que conflictuels autour d'une vocation unique : le soin exercé sur un être en dépendance totale. »*
- Une configuration des pouvoirs qui rend l'hôpital «ingouvernable en l'état actuel des choses», estime le directeur : « L'enjeu aujourd'hui consiste à passer d'une superposition d'entités dont le fonctionnement repose sur une logistique commune mais dont la masse critique ne cesse de décroître par scissiparité à une stratégie institutionnelle et une démarche globale d'établissement. »"*
- ¹⁶ FHP : Fédération de l'hospitalisation privée
- ¹⁷ Yves Calvi - *Mots croisés : Hollande : rentrée de crise* - émission du 3 septembre 2012. Marisol Touraine participait aussi à l'émission.
- ¹⁸ Présidente du MEDEF : Mouvement des entreprises de France (Ex Conseil national du patronat français - CNPF)
- ¹⁹ IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- ²⁰ *"L'hôpital est le symbole de tout ce à quoi les Français sont attachés dans notre système de santé"* affirme Marisol Touraine dans son interview dans le Monde déjà citée. Et quid de la sécurité sociale, du remboursement des soins, a-t-on envie de lui demander ?
- ²¹ FHF : Fédération hospitalière de France
- ²² Éric Favereau - Santé - *La ministre a annoncé vendredi un projet de loi sur l'accès aux soins pour 2013* - Libération du 7 septembre 2012
- ²³ François Bayrou rappelait dans le JDD de ce dimanche *"qu'un pays en crise est condamné à l'échec si on le divise"*. Cela est sans-doute vrai aussi des acteurs d'un système, fut-il de soins.
- ²⁴ Cf. par exemple notre chronique UNHPC 12/34 du lundi 27 août 2012 *"Réinventer le système de santé"*
- ²⁵ Sur ce thème on lira aussi avec intérêt le livre publié cette semaine par l'European Observatory on Health Systems and Policies de l'OMS sous le titre *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Ce rapport propose une intéressante analyse comparée des politiques mises en place dans différents pays pour faire face à la crise financière. Cf. mail UNHPC 12/528 du 8 septembre 2012 ou <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/2012/health-policy-responses-to-the-financial-crisis-in-europe>
- "Les résultats de l'étude indiquent que les pays de la Région européenne ont utilisé une combinaison d'outils politiques en réponse à la crise financière. Certains pays semblent avoir profité de la crise pour tenter d'accroître l'efficacité de leur système de santé, en particulier dans les secteurs hospitalier et pharmaceutique. Pourtant, bien peu a été fait pour améliorer la valeur ajoutée à partir de politiques visant à améliorer la santé publique. C'est en fait une occasion manquée. [...] À ce jour, l'ampleur et la portée globales de la couverture légale ont été en grande partie inchangées. [...] Cependant, plusieurs pays ont réduit le*

champ de la couverture pour les services essentiels, par augmentation du reste à charge. Ce constat est une cause de préoccupation."

²⁶ Cf. nos mail UNHPC 12/531 et 12/532 du 8 septembre 2012 avec le livre et les documents qui vont avec

Extrait de la présentation de l'IOM" : *"Le système de santé américain est devenu beaucoup trop complexe et trop coûteux pour continuer à fonctionner tel qu'il est. Avec des inefficacités envahissantes, une incapacité à gérer la masse croissante des connaissances médicales, un système d'allocation trop peu fondé sur les besoins fondamentaux des patients, il crée trop d'obstacles à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins et trop de menaces pour la stabilité économique et la compétitivité de la nation. Offrir des soins de meilleure qualité à moindre coût nécessitera des engagements forts en termes de culture, de leadership, de mesures incitatives qui favorisent un processus « d'apprentissage » continu. Dans un tel processus, comme cela se passe en recherche, chaque épisode de soins est systématiquement saisi, évalué, et débouche sur plus de fiabilité.*

Face à ces réalités, l'IOM a réuni le Committee on the Learning Health Care System in America afin d'explorer ces défis qui sont aujourd'hui au centre du système de santé. Ce livre dénommé "De meilleurs soins pour un moindre coût", est le produit des délibérations du comité. Il identifie trois impératifs de changements majeurs : la complexité croissante des soins, l'insoutenable augmentation des coûts, et les résultats en retrait du potentiel du système. Mais il souligne également que des outils émergents qui n'étaient pas disponibles jusqu'à maintenant comme la puissance des capacités de calcul, la connectivité, les soins coordonnés en équipe et l'ingénierie des systèmes techniques, rendent la transition envisagée possible. Ces outils sont déjà mis en œuvre avec succès chez quelques pionniers de l'organisation des soins. L'application de ces nouvelles stratégies peut faciliter la transition vers un système d'apprentissage continu en santé, un système de santé qui articule la science et l'informatique, les partenariats patients cliniciens, les incitations et une culture d'amélioration continue de la capacité à produire de meilleurs soins à moindre coût. Les recommandations du rapport s'adressent aux nombreux acteurs du système de santé et définissent les actions concertées nécessaires dans tous les secteurs pour réaliser la transformation dont nous avons besoin."

²⁷ ABIM : American Board of Internal Medicine

²⁸ Cf. mail UNHPC 2012/323 du 8 mai 2012 et notre chronique UNHPC n° 12/18 du lundi 7 mai 2012

²⁹ IOM : Institute of medicine of the National Academies

³⁰ Cf. aussi : <http://www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx>

³¹ *"Le président de la République, François Hollande, a appelé vendredi le gouvernement à publier les décrets relatifs à la certification des comptes des établissements publics de santé.*

Le chef de l'Etat, qui intervenait devant les magistrats de la Cour des comptes à l'occasion de son audience solennelle et de l'installation de son nouveau procureur général, Gilles Johanet, a expliqué qu'il solliciterait davantage la Cour afin de mieux contrôler l'efficacité de la dépense publique.

En fin de discours, François Hollande a assuré avoir "entendu l'appel à plus de transparence et plus de fiabilité" et que, dans ce cadre, il importait que "le principe de la certification des comptes des établissements publics de santé, posé par la loi [Hôpital, patients, santé et territoires - HPST] de 2009, soit respecté, et que la Cour occupe toute sa place dans cette application".

"Je demande là encore - une chose si simple qu'elle devrait déjà être faite - au gouvernement de mettre en œuvre la loi et de publier les décrets", a-t-il poursuivi. [...]"

APM - François Hollande réclame la publication des décrets sur la certification des comptes des hôpitaux - vg/eh/APM polsan - VGPI7002 07/09/2012 16:27 ACTU

³² Projet FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif

De la confusion et des rapports clarificateurs

- ✦ **Comment négocier dans la confusion ? : les dépassements d'honoraires**
- ✦ **La sagesse du Conseil d'Etat qui propose une "doctrine d'emploi des agences"**
- ✦ **La Cour des Comptes, "médecin référent du système" ?**

La confusion n'aide jamais à progresser, au contraire, elle est un jeu risqué, en santé aussi.

Deux de nos grandes institutions jouent, elles, la clarification.

Date de parution : lundi 17 septembre 2012

Mots types : Dépassements d'honoraires - UCDF - Ph. Cuq - J. de Kervasdoué - Conseil d'Etat - Agences - Cour des Comptes - Sécurité sociale - Ordre - Certification - ARS - SFAP - LISP - DREES - Comptes nationaux de la santé - Pédiatres - Chimiothérapies - Formation

Ce fut une semaine de contraste. La confusion s'étend sur le sujet décisif pour l'avenir de l'exercice libéral de la médecine qu'est celui des dépassements d'honoraires. C'était prévisible compte tenu de la façon dont le débat - la "négociation"- a été lancé. Cela n'en est pas moins inquiétant. Dans ce contexte, la mobilisation des professionnels semble commencer à s'organiser.

Le Conseil d'Etat se penche à son tour sur les Agences. Il souligne le manque de doctrine et en propose une. Il se situe dans une perspective d'Etat "*responsable*" et d'organisation "*en réseau*". Enfin une proposition cohérente sur la création et le rôle des agences, est-on tenté de dire, même s'il semble que ce rapport, encore à paraître, oublie en grande partie le secteur de la santé.

La Cour des Comptes livre son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. La Cour se comporte de plus en

plus comme le médecin généraliste du système de santé. Institutionnellement, elle est bien la seule. Mais nous avons bien besoin d'avoir recours à un médecin capable de diagnostics et de prescriptions argumentées !

Signalons aussi cette semaine une recommandation de la SFAP¹ sur les LISP²³, attendue et nécessaire, mais un peu décevante en particulier sur les articulations avec les EMSP⁴, les USP⁵ et les questions de financement ; la publication par la DREES⁶ d'un "Etudes et Résultats" sur les comptes nationaux de la santé en 2011⁷ ; la parution du décret précisant les critères d'agrément concernant les conditions de formation et d'expérience des pédiatres nécessaires à l'exercice de primoprescription de chimiothérapies⁸. Nous avons souvent évoqué ici les conditions de son élaboration et le jeu dangereux de la DGOS⁹ tentée de répondre à la question de la démographie et des autorisations par la déqualification en contradiction avec les objectifs initiaux des Plans Cancer.

Leadership, stratégie, mobilisation

Les négociations sur les dépassements d'honoraires sont censées avoir réellement débuté. La presse s'en fait largement écho. Ces négociations sont difficiles pour tout le monde. Ce n'est pas une surprise. Ce qui frappe surtout c'est la confusion qui s'étend. C'était prévu. Nous avons exprimé cette crainte dès le printemps. Lorsqu'on excite tout le monde en jetant de l'huile sur le feu, en forçant à des négociations sur un domaine où le principal acteur responsable n'est pas là et en biaisant ces négociations en les faisant porter sur ce qui approfondit le problème qu'on est censé résoudre... les choses deviennent confuses.

Et en effet la confusion s'étend. Les "conseils" de tous bords arrivent sur le sujet et, parfois, caressent dans le sens du poil pour surfer sur la vague de colère et d'incompréhension qui monte. On dit tout et le contraire de tout. Tout peut-être à peu près juste, souvent beaucoup est faux ou trompeur. Que peut-on sortir de bon de l'embrouillamini qui s'étend ?

Le problème des dépassements serait un faux problème mais c'est pourtant aussi un vrai problème. Le Ministère en fait une priorité mais ce serait pour masquer qu'il ne veut pas traiter les vrais problèmes, les vraies priorités. Les patients ne se plaignent pas mais la grogne des citoyens gagne. Les 2,5 milliards sont une somme énorme, mais ramenés aux enveloppes concernées de l'ONDAM, ce n'est rien. Les 2,5 milliards c'est énorme, mais ramenés au nombre de français, ce n'est rien. Les 2,5 milliards c'est énorme, mais ramenés aux frais de gestion des Mutuelles ça montre qu'il y a d'autres solu-

tions. Il s'agit de dépassements mais cessons de parler de dépassements car, en réalité, ce ne sont que des compléments. La sécu dit que ça lui pose problème mais elle a la preuve que les médecins qui dépassent font moins d'actes, elle devrait s'en réjouir. Avec un tel système, la médecine perd son âme, mais, tenez bon, si vous renoncez au secteur 2, vous perdrez votre respectabilité. La CCAM n'évolue pas mais les revenus sont corrects. Les dépassements n'impactent pas l'ONDAM et ce n'est donc pas un problème, mais c'est un problème quand même. Les dépassements sont mal remboursés et accroissent le reste à charge, mais celui-ci ne touche en fait que les riches, ils sont donc justes et équitables. On nous dit partout qu'il y a un problème de reste à charge, mais regardez, il n'a pratiquement pas varié depuis 20 ans et il est en France un des plus bas du monde. Ce n'est donc pas là qu'est le problème. Le phénomène s'étend et crée un problème d'accessibilité, mais on trouve partout des médecins de secteur 1, alors où est le problème ? On nous parle de renoncement aux soins mais les services du Ministère ont montré récemment que ça ne touchait que la dentisterie et l'optique, ils n'ont qu'à régler ces problèmes. Les dépassements discriminent et nous font sortir du principe de solidarité, mais c'est la seule façon de sauver la sécu. Déontologiquement les dépassements ne doivent pas être fixés en fonction des revenus du patient mais en fonction de la notoriété du médecin. Celle-ci est donc variable en permanence et en temps réel puisque les dépassements ne doivent jamais être du même montant. Déontologiquement il ne faut pas tenir compte de la mutuelle du patient puisqu'il cotise pour lui et non pour son médecin, mais tout le monde ne fait que ça, pour que ça ne pose pas de problème au patient. Limiter la liberté des honoraires c'est une hérésie économique, ça va augmenter les dépenses hospitalières. La liberté tarifaire, c'est le seul moyen de garantir l'accessibilité. Laissons donc le Gouvernement se débrouiller tout seul, qu'il fasse une loi, c'est lui qui en supportera les conséquences. Alors, selon les uns ou les autres, c'est la faute "à" (comme on dit maintenant à la télévision) l'Etat, aux docteurs, à la sécu, aux Mutuelles, à la dureté des temps, à vous, mais pas à moi. D'ailleurs il ne faut plus se battre pour la médecine, pour les valeurs de notre système de soins, pour les patients, il y a si longtemps que ça ne sert à rien, il est temps de se battre pour défendre nos intérêts. Ils sont légitimes et donc on a raison et c'est comme ça que ça passera. On n'a qu'à se déconventionner, on ne pourra plus exercer mais ce n'est pas grave ils auront peur. D'ailleurs qu'en pensent les jeunes ? Ils veulent le beurre et l'argent du beurre. C'est normal puisqu'ils *"ne veulent pas payer les erreurs du passé"* : ils veulent s'y complaire. Ecoutez-les, ils sont prêts à se battre, eux, d'ailleurs c'est notre arme cachée : s'ils nous emmerdent, on va mettre les internes dans la rue ! Il faut sanctionner les abus et donc on va sanctionner les cliniques, elles n'ont qu'à se débrouiller pour contrôler le colloque singulier.

Alors, beaucoup de gens honnêtes en viennent à dire : "pour moi c'est simple, mais tu comprends quelque chose, toi, à leurs débats ? Ça devient de plus en plus hyperteknique. Et même quand on comprend qu'est-ce que ça donnera d'ici quelques années ? Je crois qu'il faut être hyperprudents".

On pourrait continuer. Le doute n'empêche pas que le ton monte de toute part. On ne procède plus que par affirmations, imprécations, indignations contradictoires. *"Arrêtons d'être intelligents, défendons d'abord nos intérêts, on s'en fout de la médecine, la santé c'est la responsabilité du gouvernement". "Il faut attaquer !" "Les vrais responsables ce sont les Mutuelles qui s'en mettent plein les poches. Il faut demander aux patients de ne plus cotiser."*

Que n'entendons-nous pas ces jours-ci ? Et quand la confusion s'installe qu'est-ce qui suit inévitablement ? : la tentation de la violence.

Difficile dans ce contexte de garder la tête froide. Difficile de garder ses capacités de discernement. Difficile de situer les vrais enjeux. Difficile de trouver le compromis qui fera sortir par le haut quand les règles du jeu sont pipées, quand l'interlocuteur n'est pas le bon, quand la confusion règne, quand la violence guette. Et donc, difficile, très difficile le rôle de leader syndical aujourd'hui. Très très difficile mais plus que jamais utile et nécessaire.

On en a eu la confirmation ce samedi avec la réunion organisée par l'UCDF¹⁰. 300 personnes qui ne savaient pas entre elles si c'était *"un bon début de mobilisation"* ou si c'était le signe que *"le pire ennemi des chirurgiens ce sont les chirurgiens"* (qui sont incapables de se mobiliser). Le thème de ce rassemblement ciblait juste : tous ces débats n'ont de sens que replacés dans le sujet de l'avenir de la médecine libérale. Déjà la semaine dernière lors de la journée de rentrée de la FHP¹¹, le thème de l'avenir de la médecine libérale était ressorti comme une des vraies urgences du moment. En matière de système de soins, les urgences ont la vie longue et dure, c'est bien connu. Il n'en demeure pas moins qu'elles demeurent des urgences. Il y eut d'abord l'exposé tout à la fois très brillant, très classique et très nécessaire de Jean de Kervasdoué sur les vrais problèmes, les vraies maladies de notre système de santé et les vrais remèdes qui peuvent le soigner. Durant le débat, Philippe Cuq¹² est intervenu pour compléter en situant les trois champs sur lesquels se joue tout particulièrement l'avenir de la médecine libérale : le système de rémunération, l'assurance professionnelle, la qualité du plateau technique. Jean de Kervasdoué rajouta un quatrième champ d'attention, celui du marché international des jeunes médecins qui se constitue, avec pour fondement des niveaux de rémunération très hétérogènes.

Plus que jamais il faudra de très grandes qualités à nos leaders syndicaux. Rude métier ! Encore plus pour des bénévoles qui doivent aussi assurer le quotidien ! Il leur faudra gérer la confusion, laisser s'exprimer les imprécations, les trop pleins d'émotions, les recettes toutes faites. *"C'est sympa, c'est amusant, mais ça ne sert à rien"* a courageusement précisé plusieurs fois Philippe Cuq, samedi, après avoir su laisser s'exprimer quelques fortes décharges d'adrénaline. Surtout, il leur faudra se doter de très grandes capacités de courage pour affronter ses troupes autant que les partenaires de la négociation, de la constance, de l'habileté, de l'entregent, et malgré tout, une claire conscience des vrais enjeux, une vision claire du cap à tenir et la capacité, justement, à le tenir.

Plus que jamais, en effet, il faut sortir des postures et du théâtre d'ombres pour se remettre en capacité de responsabilité, se remettre sur les rails de l'avenir. Discerner le vrai du faux, le détail du fondamental, le possible du bloquant, le sujet du hors sujet, l'accessoire du décisif, le tolérable de l'intolérable, l'artifice de l'argument... Plus que jamais, il faut avoir une stratégie, une vue claire de l'avenir, ou, comme on dit maintenant, une capacité à fixer un cap et à s'y tenir, mais un cap qui ait du sens, qui engage notre avenir commun. Bannissons autant la "*restauration*" - pour l'hôpital public - que la "*limitation*" - pour les honoraires libéraux -, que les propos anti-confraternels qui font penser que c'est le collègue de l'autre statut qui est la cause de tout alors que nous ne sauverons le système que si nous arrivons à être solidaires pour entreprendre ensemble les réformes nécessaires et qui nous impactent tous. A tous les niveaux, l'heure est au rassemblement sur des objectifs communs. La confusion ne sert que quelques intérêts particuliers et donc, dans ce contexte, mortifères pour l'ensemble.

Leadership, stratégie, l'heure est tout autant à la mobilisation. Pour peu que les objectifs stratégiques soient clairs et que quelques-uns y travaillent honnêtement, elle se fera.

Nos leaders ont besoin de notre mobilisation et de notre soutien, de notre soutien exigeant certes, mais surtout de notre soutien.

Le Conseil d'Etat, les agences et l'Etat

Nous avons souvent évoqué ici l'intérêt et les limites des Agences d'Etat. L'UNHPC a été très impliquée dans la création et le fonctionnement de deux d'entre elles : l'ANAES¹³ et l'INCa¹⁴.

Nous n'allons pas reprendre les historiques de chacune. Les deux étaient marquées par un important et significatif partenariat entre l'Etat et les professionnels. Les deux, de ce point de vue ont été un échec. En passant de l'ANAES à la HAS¹⁵ le fondement de l'évaluation médicale est passée d'une légitimité professionnelle à une légitimité politique¹⁶. Il s'agit même là d'une spécificité française.

L'INCa devait être la "*maison commune des professionnels, des chercheurs et des patients*". Très vite on a vu la dérive vers une agence d'Etat. Nous nous en étions alarmés et, en public, le premier Ministre, Monsieur Raffarin et le Ministre de la santé nous avaient rassurés. L'INCa est pourtant devenu une "*agence sanitaire et scientifique de l'Etat*". Lorsque le Ministre de tutelle, Xavier Bertrand a demandé aux professionnels de donner leur avis sur l'éventuelle adaptation des statuts et de la gouvernance, seule l'UNHPC a répondu. Notre réponse consistait à mettre le droit en cohérence avec la pratique en distinguant un Conseil d'administration composé des représentants de l'Etat et, s'il le souhaitait, de ses agences. Parallèlement, si l'Etat voulait garder une proximité avec les professionnels, l'UNHPC proposait de créer un Conseil social dans lequel seraient représentés tous les intervenants en cancérologie. L'UNHPC n'a pas été suivie. Le Conseil d'Administration continue à être poti-

che dans la mesure où toutes les décisions sont prises dans un "pré-CA" non statutaire mais bien réel et que le décompte des voix donne tous les pouvoirs à l'Etat lors du "vrai" CA.

Nous avons souvent demandé ici une vraie réflexion sur les "Agences". Ainsi récemment, nous signalions,

- en novembre 2010¹⁷ : l'Assemblée Nationale a fait paraître un Rapport sur les autorités administratives indépendantes (AAI). Ce rapport est signé de MM René Dosière et Christian Vanneste, au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. La question posée nous concerne directement : "*L'activité des AAI est-elle plus efficace que celle des administrations traditionnelles et des juridictions ?*" Sur 42 AAI recensées, 21 sont actives sur le champ sanitaire.
Dans cette chronique nous regrettons que la spécificité des agences du domaine de la santé ne soit pas relevée. Nous insistions sur l'importance et la spécificité de l'histoire de "nos" agences et sur l'importance de distinguer les divers sens du mot "indépendance".
- en janvier 2012¹⁸ : les travaux des Parlementaires concernant les (trop ?) nombreuses agences qui travaillent dans notre secteur devront être repris et devront déboucher.
- en mai 2012¹⁹ : les Parlementaires se sont préoccupés du sujet de la multiplicité des Agences tout au long de l'année 2011. 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.
On se souvient que, pour nombre de parlementaires, le sort de l'INCa était alors très incertain

Alors comment ne pas se réjouir de la parution annoncée d'un rapport du **Conseil d'Etat** intitulé "**Les agences : une nouvelle gestion publique ?**"²⁰. En fait il s'agit de "*l'étude annuelle 2012*" du Conseil d'Etat. Le rapport n'est pas encore disponible. Seuls sont parus :

- le résumé de l'étude annuelle
- les 25 mesures proposées
- un document questions-réponses

La présentation qui est sur le site du Conseil d'Etat mérite d'être citée en entier :

"Le Conseil d'État a retenu comme thème de son étude annuelle pour 2012 le sujet des agences. Cette forme d'organisation administrative, de plus en plus présente, en France comme à l'étranger, dans la mise en œuvre des politiques publiques, suscite des interrogations multiples, qui portent tant sur la définition de ce qu'est une agence que sur les conditions dans lesquelles les pouvoirs publics y recourent.

Le Conseil d'État a souhaité définir dans cette étude les grandes lignes d'une doctrine d'emploi des agences. L'adoption d'une telle doctrine, qui fait au-

jourd'hui défaut, présente des enjeux considérables pour la cohérence de l'organisation de l'État.

Qu'apporte au juste la création d'une agence? Quels en sont les avantages et les inconvénients? Ce qui est attendu ne pourrait-il pas être fait par les structures administratives existantes? Ces questions simples ne sont pas toujours posées, la séduction attachée à l'idée d'agence semblant en dispenser.

L'ambition de cette étude est celle d'une remise en ordre, d'abord conceptuelle, ensuite opérationnelle. Les agences, qui sont souvent au coeur de restructurations importantes, n'ont jamais fait l'objet d'une réflexion d'ensemble et n'apparaissent pas en tant que telles dans les réformes générales de l'administration. Elles sont un impensé de la réforme de l'État que l'étude souhaite en partie combler. Il s'agit aussi de livrer aux pouvoirs publics des préconisations sur les conditions souhaitables du recours aux agences, de distinguer les bonnes et les mauvaises raisons de créer une agence. Des critères permettant de choisir le statut le plus approprié (service à compétence nationale, établissement public, groupement d'intérêt public...) ont été définis. Un travail important de redéfinition des relations entre l'État et les agences, tant au niveau central qu'au niveau territorial, a été conduit.

Au fil des travaux et des auditions qui ont permis l'élaboration de cette étude, une conviction s'est fait jour et n'a cessé de se renforcer : Réfléchir aux agences, c'est réfléchir à l'organisation de l'État et donc à ses missions."

Hélas, au vu des premiers documents de synthèse nos deux agences préférées, la HAS et l'INCa ne semblent pas dans l'objet de l'étude du Conseil d'Etat. Cela devra être vérifié, mais si c'est le cas c'est bien dommage. D'autres y sont : l'ASN²¹, l'IRSN²², l'ANSM²³... Il semble aussi que les ARS²⁴ soient évoquées, mais pas plus. Une fois de plus la santé semble tellement à part qu'elle échappe à ces grandes interrogations²⁵.

Il demeure que ce que nous savons des conclusions de cette étude paraît très intéressant.

Elle propose une réflexion sur la fameuse indépendance. "*L'agence n'est pas indépendante, elle est autonome*".²⁶ Ce n'est plus l'UNHPC qui le dit, c'est le Conseil d'Etat, c'est différent ! Le Conseil fait cependant la distinction entre les Agences qui sont "*autonomes*" et les autorités administratives indépendantes qui sont, elles, "*indépendantes*". A suivre donc.

Pour le Conseil, "*103 organismes peuvent être considérés comme des agences au sens de la présente étude*".²⁷

*"Les agences ne doivent pas être appréhendées comme des démembrements de l'État mais comme des composants de l'État entendu largement."*²⁸

*"Il est souhaitable que le conseil d'administration, où ces derniers [les "partenaires extérieurs"] sont souvent représentés, soit plus souvent qu'aujourd'hui un lieu de dialogue stratégique entre l'État et les partenaires les plus impliqués. Ceci nécessite une réduction de leur taille, avec notamment un nombre moindre de représentants de l'État."*²⁹

"Le Conseil d'État a été amené à distinguer quatre critères pertinents d'un recours éventuel aux agences : l'efficacité, l'expertise, le partenariat, la neutralité".³⁰

Le Conseil plaide pour une organisation en réseau. *"Le Conseil d'État, sensible aux exigences de l'administration et aux aspirations de la société civile, ne peut qu'être attentif à la promotion d'une organisation en réseau qui articule et ouvre plutôt qu'elle ne sépare et se replie sur elle-même."³¹*

Il donne du réseau une définition qui pourra nous réserver : *"L'idée de réseau « État-agences » est une notion qui vise à identifier une organisation de l'administration publique française en devenir. L'option pour une organisation en réseau signifie le refus de l'administration pyramidale et bureaucratique et l'adhésion à une organisation polycentrique, fondée sur le principe de la responsabilité contractualisée. Une telle option conduit à éviter le risque de l'affaiblissement de l'État ou, à l'inverse, d'un raidissement autoritaire et d'une ossification de celui-ci."*

Il est donc certain qu'il faut surveiller la sortie de ce rapport. Il semble aussi que nous aurons à en reparler...

Le rapport 2012 de la Cour des Comptes

Le Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de la Cour des Comptes est paru cette semaine³². Inutile de souligner son importance, comme chaque année.

Constatons seulement que sous prétexte de rapport sur les lois de financement, il s'agit de plus en plus d'un audit du système de santé et d'un véritable travail de préconisations pour l'amélioration du système dans son ensemble.

On regrette que la HAS ou l'ANAP³³ sans compter l'INCa ne se chargent pas de ce travail. Après tout, être le "médecin du système" fait bien partie de leurs missions. Nous nous sommes déjà étonnés ici du fait qu'aucune de ces agences ne prépare l'éventualité d'un plan de redressement privant brutalement le système de santé d'une bonne dizaine de milliards de ressources. Comment alors assurer qualité et accessibilité aux citoyens ? Cette question ne semble toujours pas les effleurer. Si par malheur cela nous tombe dessus, personne n'aura préparé les recommandations et/ou les garde-fous nécessaires. Mais cela nous ramène à la réflexion du Conseil d'Etat sur le rôle et le fonctionnement des agences. Les professionnels pourraient (devraient ?) aussi être capables de se doter de la capacité d'être les "médecins du système", de poser diagnostics et prescriptions... La Cour rappelle opportunément que le Conseil de l'Ordre est *"chargé d'une mission de service public dans l'intérêt des patients et de la santé publique"*.³⁴

En attendant constatons que la Cour joue ce rôle et que le constat qu'elle est bien seule ne fait que renforcer l'intérêt de ses rapports. Intérêt ne veut pas dire que chacun approuve l'intégralité des analyses et des préconisations. Inté-

rêt veut dire qu'il faut prendre en considération ces travaux qui sont, en tout état de cause, de grande qualité. La presse ne s'y trompe pas. Sa couverture est très large alors même que les sujets sont techniques et réputés "ennuyeux".

Le champ exploré par le rapport de cette année est très large. De nombreux chapitres nous concernent directement.

Le chapeau est connu mais il est une fois de plus nécessaire. *"L'an dernier, la Cour avait fait le constat d'un déficit sans précédent aggravant une spirale de la dette sociale, devenue le poison de la sécurité sociale, alors que le déficit des comptes sociaux est en soi une anomalie. Dans le prolongement des travaux de la Cour sur la situation et les perspectives des finances publiques de juillet dernier, le rapport sur la sécurité sociale éclaire cette année l'ampleur du redressement nécessaire et les marges de manœuvre qui peuvent être dégagées pour respecter la trajectoire de retour à l'équilibre sur laquelle la France s'est engagée. L'essentiel du chemin reste à faire pour parvenir à l'indispensable équilibre des comptes sociaux".*³⁵ *"Si un effort exigeant de redressement n'était pas rapidement engagé, la dette sociale continuera à croître alors même qu'elle constitue une anomalie profonde et ne peut continuer à être reportée davantage sur les générations futures. Tous les leviers de l'action publique doivent ainsi être mobilisés."*³⁶ *"Des progrès substantiels sont ainsi possibles à tous les niveaux dans l'efficacité des dépenses sociales. Les obtenir est indispensable. Il faut une démarche volontaire, méthodique, rigoureuse et attentive au juste partage des efforts entre tous les acteurs. Plus fortement elle sera engagée, plus vite sera rétabli l'équilibre des comptes sociaux, mieux et plus durablement sera confortée notre sécurité sociale non seulement en termes financiers mais au regard des valeurs essentielles de solidarité qui sont les siennes."*³⁷

Relevons dans la table des matières ce qui nous concerne très directement :

- Première partie - Les comptes et le financement de la sécurité sociale : ce chapitre nous concerne en entier
- Deuxième partie - Les difficultés de mise en œuvre de certaines réformes. Nous noterons ici, plus particulièrement :
 - 7 - Le régime social des indépendants et l'interlocuteur social unique³⁸
 - 8 - La mise en place des agences régionales de santé³⁹
- Troisième partie - L'efficacité du système de soins. Cette partie nous concerne dans son ensemble :
 - 9 - Le rôle de l'Ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale⁴⁰
 - 10 - La prise en charge par l'assurance-maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé⁴¹
 - 11 - Les transports de patients à la charge de l'assurance-maladie⁴²
 - 12 - Les activités de soins de suite et de réadaptation⁴³
 - 13 - La certification des hôpitaux par la Haute Autorité de santé⁴⁴

Cela fait pas mal !

Concernant l'Ordre national des médecins il est intéressant que la Cour examine autant son rôle dans "*l'organisation des soins*" que dans le "*respect de la déontologie*". Ce rappel du double rôle du CNOM⁴⁵ est important pour l'administration qui, souvent l'ignore et veut l'ignorer. Le rapport est intéressant et "*contrasté*" comme il le dit lui-même.

*"...sa contribution [celle du CNOM] à l'organisation des soins apparaît fortement contrastée : précise et rigoureuse en matière de suivi de la profession, toujours plus limitée pour ce qui est de sa participation concrète à la permanence des soins, voire critique vis-à-vis de certaines mesures destinées à permettre une meilleure organisation des parcours de soins des patients. Beaucoup plus préoccupant encore, son rôle dans le contrôle du respect de la déontologie médicale s'avère très décevant, qu'il s'agisse du traitement des plaintes, du respect du tact et de la mesure dans la détermination des honoraires, ou de la prévention des conflits d'intérêts, alors même que les enjeux sont majeurs pour la poursuite de la confiance des patients dans leurs médecins et plus globalement dans le système de soins."*⁴⁶

Les passages sur les dépassements d'honoraires sont critiques pour tout le monde mais aussi pour l'Ordre. Nous avons ici même souligné et regretté que l'Ordre n'ait pas su, sur ce sujet, se hisser au niveau qui devrait être le sien. Très au-delà du tact et de la mesure, c'est bien au niveau d'une conception de la médecine qu'il aurait dû se situer dès le début, montrant par là même son "*indépendance*" car rien ne l'obligeait à accepter de réduire cette conception au niveau d'arrangements réglementaires circonstanciels et malfaisants...

Concernant la certification⁴⁷, la Cour présente ainsi son rapport : "*Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour regrettait que cette démarche soit centrée exclusivement sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge du malade, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même. Elle déplorait aussi la lenteur avec laquelle elle avait été mise en œuvre et plus encore les faibles conséquences qui en étaient tirées pour l'exercice de la tutelle.*

Dix ans plus tard, la Cour a souhaité faire le point sur la mise en œuvre de la certification (I) et mettre en évidence les nécessaires progrès qui restent à réaliser (II)."

On peut regretter que la Cour soit un peu courte sur l'historique de la certification et ses fondamentaux⁴⁸. On peut regretter aussi que l'articulation avec l'autorisation préalable et le contrôle de la facturation ne soit pas suffisamment mise en valeur. L'autorisation n'est prise comme sujet de réflexion que pour suggérer que les ARS tiennent compte des résultats de la certification avant d'accorder des autorisations. Certes ! Mais la Cour peut mieux faire !

On étudiera pourtant avec attention deux de ses préconisations :

- "*Accentuer la médicalisation de la démarche en étudiant systématiquement les situations de décalage constatées entre les décisions de certification et les événements indésirables graves portés à la connaissance de la HAS, en*

développant l'accréditation des médecins et des équipes médicales, en favorisant les actions de formation aux bonnes pratiques du personnel et en expérimentant la certification d'ensembles coordonnés d'activités."

- *"Intégrer les résultats de la certification dans les contrats négociés par les ARS avec les établissements pour suivre l'application des recommandations de la HAS, lever les réserves et en tirer si nécessaire des conséquences financières."*⁴⁹

Concernant les ARS, la Cour affirme : *"Rien ne serait plus dommageable que cette réforme essentielle pour l'efficacité du système de soins s'essouffle devant la lourdeur des sollicitations administratives de tous ordres, un pilotage demeuré très hiérarchique et un manque de souplesse et de marges d'initiative."*⁵⁰ Les préconisations de la Cour sont limitées et très techniques mais elles n'en sont pas moins importantes. Bien dans son rôle, la Cour participe aussi au nécessaire travail de clarification de la complexité du système. Même si c'est un détail, nous signalons donc ici le très bon schéma dénommé *"Schéma des flux financiers et marges d'action des ARS"*⁵¹.

Certes nous croulons sous les rapports ! Nous le dénonçons souvent ici. Leur lecture prend du temps sur le vrai travail, celui qui nous justifie en tant que professionnels de santé. Mais, on l'aura compris, il est des rapports plus importants que d'autres. Ceux-là en font partie. Ils élèvent le débat.

¹ SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

² LISP : Lit identifié de soins palliatifs

³ Cf. mail UNHPC 12/540 du 13 septembre 2012

⁴ EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

⁵ USP : Unité de soins palliatifs

⁶ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁷ Cf. mail UNHPC 12/536 du 10 septembre 2012

⁸ Cf. mail UNHPC 12/538 du 12 septembre 2012

⁹ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

¹⁰ 300 chirurgiens de l'Union des Chirurgiens de France (UCDF) se sont retrouvés samedi

- 15 septembre à la maison de la chimie à Paris, pour une réunion d'information sur les négociations conventionnelles en cours, et les menaces qui pèsent sur l'exercice libéral.
Cf. mail UNHPC 12/519 du 4 septembre 2012 et <http://www.ucdf.net/index.php?mod=3&do=view&id=1104>
- 11 Journée de Rentrée de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée) jeudi 6 septembre.
Cf. <http://www.fhp.fr/1-fhp/841-actualites-generales/841-actualites-generales/6707-journee-de-rentree-fhp-forte-mobilisation-des-adherents-pour-imaginer-de-nouvelles-voies-en-sante.aspx>
- 12 Président de l'UCDF (Union nationale des chirurgiens de France)
- 13 ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- 14 INCa : Institut national du cancer
- 15 HAS : Haute autorité de santé
- 16 La HAS est une autorité administrative indépendante (AAI)
- 17 Chronique UNHPC - 2010/44 du lundi 1 novembre 2010 - p. 269 du livre 2009-2011
- 18 Chronique UNHPC 2011/52 du lundi 2 janvier 2012 - p. 697 du livre 2009-2011
- 19 Chronique UNHPC 12/20 du lundi 21 mai 2012
- 20 Cf. <http://www.conseil-etat.fr/fr/rapports-et-etudes/etude-annuelle-2012.html>
- 21 ASN : Autorité de sûreté nucléaire
- 22 IRSN : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
- 23 ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
- 24 ARS : Agence régionale de santé
- 25 Même si son propos était très général, c'était aussi le cas de la très intéressante intervention de Jean-Marc Sauvé, vice-président du Conseil d'État, le 3 juillet 2012, lors des rencontres des Acteurs publics à Paris, au Conseil économique, social et environnemental.
Cf. <http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/enjeux-et-d-kgf.html>
- 26 Résumé p. 4
- 27 18 questions/18 réponses - question 6
- 28 Résumé p. 5
- 29 Résumé p. 6
- 30 18 questions/18 réponses - question 12
- 31 Résumé p. 6
- 32 Cf. mail UNHPC 12/539 du 13 septembre 2012 ou <http://www.ccomptes.fr/Presse/Communiqués-de-presse/La-securite-sociale>
- 33 ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- 34 p. 265
- 35 Cour des comptes - Communiqué de presse du 13 septembre 2012
- 36 Synthèse p. 5
- 37 Synthèse p. 7
- 38 p. 33 de la synthèse
- 39 p. 37 de la synthèse
- 40 p. 41 de la synthèse
- 41 p. 45 de la synthèse
- 42 p. 49 de la synthèse
- 43 p. 53 de la synthèse
- 44 p. 57 de la synthèse
- 45 CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- 46 p. 285
- 47 p. 373
- 48 p. 374
- 49 p. 395
- 50 p. 259
- 51 p. 257

Vive la protection sociale !

- ✦ Un livre précieux pour la démocratie sanitaire
- ✦ Les Agences, le Conseil d'Etat et l'Inspection Générale des Finances
- ✦ La "restauration" et le "redressement"
- ✦ Le Haut Conseil du financement de la protection sociale
- ✦ L'expérience des patients et des "usagers"

***"L'enjeu des années à venir,
c'est de réformer
le modèle existant
et sûrement pas
de rompre avec lui.***

***Il s'agit de l'ajuster pour plus
d'efficacité et de justice."***

Date de parution : lundi 24 septembre 2012

Mots types : B. Fragonard - Hôpital - Parcours de soins - Productivité - Démocratie sanitaire - Démocratie participative - IGF - ANAP - Audits - M. Touraine - Le Mans - C. Compagnon - Th. Sannié - FHP-MCO - HAS

Cette semaine avait encore l'aspect d'une semaine de rentrée. Comme les précédentes, elle a été marquée par un foisonnement de parutions, de colloques, de rencontres, de prises de positions.

Nous insisterons tout particulièrement ici sur un ouvrage qui nous paraît particulièrement bienvenu : celui que vient de faire paraître Bertrand Fragonard sous le titre "*Vive la protection sociale !*". Un ouvrage majeur par sa capacité à faire comprendre les vrais problèmes qui se posent à notre système de protection sociale. Une aide précieuse pour sortir de la confusion régnante et permettre une meilleure "démocratie sanitaire".

Coup sur coup nous avons eu deux rapports officiels sur les Agences. La semaine dernière les préconisations du Conseil d'Etat avaient été dévoilées. Cette semaine nous avons eu accès au rapport intégral. Le Gouvernement a choisi de publier au même moment un rapport d'audit commandé par l'ancien Gouvernement et resté dans les tiroirs depuis le mois de mars. La presse ne s'y est pas trompée : c'est presque à coup sûr l'annonce de mesures dans le cadre du "redressement" en cours. A lire avec une loupe donc. Pourvu que l'urgence du redressement ne pousse pas à prendre des décisions de pure économie, sans réelle visée stratégique sur le système et ses Agences, alors même que ces rapports en soulignent justement l'absence !

Nous évoquerons enfin et très rapidement quelques nouvelles de la "Restauration" en cours chez nous pendant que le reste du gouvernement s'applique au "redressement" du pays, à l'apparition du tout nouveau Haut conseil du financement de la protection sociale et à l'expression plurielle des patients durant la semaine.



Le livre de Bertrand Fragonard intitulé "Vive la protection sociale !" ¹ vaut que nous nous y arrêtions longuement ici. Ce livre part du constat que nous faisons ces dernières semaines de la très grande confusion qui règne dans les débats sur le système de santé et plus particulièrement sur le système hospitalier. Confusion à-peu-près ...

"... ces à-peu-près façonnent l'opinion publique, suscitant la critique, l'indignation et le sentiment d'injustice. Mais comme ils comportent le plus souvent une dose de vrai ou de crédible, il est difficile de les « recentrer »".² "Une partie du malentendu vient de ce que le débat public est sommaire. Nous souffrons d'un vrai déficit de démocratie sociale et les détracteurs de la protection sociale ou ses thuriféraires sont libres de dire tout et son contraire. Il y a trop peu de vulgarisation de bon niveau".³

Risquons une appréciation : voilà une vulgarisation d'excellent niveau, claire, accessible, synthétique, agréable à lire et établie sur des données très rigoureuses. Bertrand Fragonard émet un vœu pour ceux qui liront son livre : *"Que le lecteur en sorte avec une compréhension approfondie du système, avec quelques convictions renforcées et avec le désir de poursuivre sa réflexion, et ce livre aura rempli sa mission".⁴* Pour nous, c'est mission accomplie, brillamment.

Sur un sujet où domine souvent l'invective, Bertrand Fragonard n'est jamais agressif. Son ton est toujours très mesuré, même lorsqu'il expose les opinions ou les options qui, à l'analyse, ne tiennent manifestement pas ou celles qu'il n'approuve pas.

Il ne cache pas les enjeux et au contraire, dit les choses. *"Un discours anxio-gène s'est construit sur la défense de ces systèmes, comme si toute réforme ne pouvait être qu'une remise en cause de leur légitimité même. C'est notre responsabilité collective que de prendre conscience qu'un pilotage plus strict de ces dépenses est nécessaire et ne doit plus être repoussé."*⁵ *"Où peut-on chercher 2 points de PIB ? Impossible de ne pas commencer par les deux principaux postes de dépenses, la retraite et la maladie."*⁶ Mais, *"l'objectif prioritaire n'est pas forcément de payer moins, il est d'abord de dépenser mieux. C'est en tout cas ce qui permet d'assurer la pérennité du contrat social."*⁷

Disons-le aussi, dans l'ambiance actuelle, quel plaisir de lire un ouvrage pareil, aussi réaliste dans la description des difficultés de notre système de santé, aussi optimiste dans sa vision d'avenir, aussi confiant dans nos capacités d'en sortir, à condition d'affronter la réalité.

Sommes-nous suspects dans notre appréciation pour la raison, vraie, que beaucoup de ce qui est exposé dans ce livre correspond à ce que nous défendons semaines après semaines au fil de ces "Chroniques" ? Nous ne le pensons pas. B. Fragonard expose les faits, sereinement, il expose les points de vue, tout aussi sereinement, nous l'avons dit. On peut parler ici d'objectivité, qualité rare dans le monde de la santé. Restent ses préférences et les solutions qu'il privilégie. On peut, on doit les discuter, mais, au moins le contexte est-il clarifié, objectivé, le débat peut avoir lieu, mais à partir d'un "parler vrai" aussi rare que précieux.

Parlons donc des "solutions". Quelles réformes faut-il promouvoir ? Selon quelle logique ? B. Fragonard en distingue trois grandes puis, tout au long de son ouvrage nuance, souligne les divergences et souligne aussi les zones de recouvrement possibles. *"Trois grandes voies, profondément antagonistes sont en débat : remonter la prise en charge par l'assurance-maladie de manière à supprimer ou atténuer les restes à charge élevés et supprimer les inégalités liées à l'intervention des complémentaires ; au contraire, accentuer encore la part des complémentaires pour cantonner la dépense publique financée sur prélèvements obligatoires ; remanier en profondeur le système de prise en charge par l'assurance-maladie."*⁸

Au début de son ouvrage, il distingue :

- la réponse de la « gauche résistante ». B. Fragonard a écrit son livre avant qu'on nous propose d'ouvrir une nouvelle "Restauration", mais ses tenants s'y reconnaîtront. *"Poser la question de la performance de la protection sociale, ce serait déjà entrer dans la logique de l'adversaire en admettant qu'elle est trop coûteuse, qu'il faut la cantonner voire la réduire de façon profonde dans le droit fil des politiques libérales."*⁹

Beaucoup plus pudiquement que nous l'avions fait à la parution du "*Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*"¹⁰ de MM André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen, B. Fragonard livre son diagnostic. "*La réponse que nous avons qualifiée de « gauche résistante » constitue une réponse imprudente dans la durée. Elle conduit à augmenter les prélèvements obligatoires, au risque de créer un effet d'éviction sur d'autres fonctions de l'action publique (l'éducation, la justice, les transports, par exemple). Elle risque ainsi de délégitimer à terme la protection sociale aux yeux des Français et de conduire à des réformes qui, trop tardives, seront brutales et injustes. Il ne sert à rien de demander « toujours plus » à la protection sociale ; l'échec est inscrit au cœur même de cette demande. Il faut se concentrer sur l'objectif de dépenser mieux.*"¹¹

- la réponse libérale : "*Notre protection sociale est beaucoup trop lourde et coûteuse ; elle encourage l'inactivité ; elle pèse sur le coût du travail et tire vers le bas la compétitivité de l'économie française. Il faut la réformer, plus ou moins radicalement, et renvoyer vers la responsabilité individuelle une partie des risques aujourd'hui pris en charge collectivement.*"¹²

"*Qu'il soit simplement dit que les Français (et la plupart des Européens) ont fait le choix de s'en remettre au contrat social pour prendre en charge une grande partie des risques de la vie, en particulier leur santé et leur retraite. L'hypothèse de départ de ce livre, c'est que ce choix n'est pas caduc, qu'il reste un choix favorable à l'égalité et à la solidarité, et qu'il est aussi un choix favorable au dynamisme économique et à l'emploi.*"¹³

- La réponse « sociale démocrate » : "*Au contraire de la précédente, elle dissocie la question de la légitimité de la protection sociale, qu'elle ne remet pas en cause et qu'elle continue même de porter et de mettre au centre du contrat social, et la question de la performance du système actuel, qu'elle veut améliorer, soit pour limiter les hausses de prélèvements obligatoires, soit pour redéployer des marges de manœuvre en direction des risques les moins bien couverts et des publics les plus fragiles.*"¹⁴

B. Fragonard qui a servi des ministres de droite comme des ministres de gauche situe ses options personnelles : "*Disons-le d'emblée : les analyses présentées dans cet ouvrage s'inscrivent dans le droit-fil de la réponse que j'ai qualifiée de sociale-démocrate. La ligne directrice que je défends, c'est que notre protection sociale est cohérente, intelligemment pensée et plutôt équitable. À bien des égards elle est plus juste et plus protectrice que celle d'autres pays développés. Les fondamentaux sont bons. Mais le système est trop coûteux, pas assez réactif.*"¹⁵

"[Mes convictions] peuvent se résumer en une certitude : l'enjeu des années à venir, c'est de réformer le modèle existant et sûrement pas de rompre avec lui. Il s'agit de l'ajuster pour plus d'efficacité et de justice."¹⁶

*"Pourquoi écarter les autres types de réponses exposés plus haut ? Parce que c'est, selon moi, la meilleure voie, tout simplement, pour la société et l'économie françaises"*¹⁷

L'ouvrage balaye tout le champ de la protection sociale, la famille, la condition féminine, les jeunes, l'assurance maladie, les revenus de solidarité, la protection des chômeurs, les retraites, la dépendance, la gouvernance du système, les prévisions financières...

Contentons-nous de donner ici quelques petites touches sur les domaines qui sont les nôtres.

B. Fragonard part de plusieurs **constats**, parmi lesquels :

- *"Le constat de forts gisements d'économies. Quelques constats macroéconomiques peuvent servir de points de repère. Premier constat, plusieurs pays de l'OCDE¹⁸ fournissent une offre de soins d'une qualité égale au système français pour un à deux points de PIB¹⁹ de dépenses en moins, ce qui représente 20 à 40 milliards d'euros."*²⁰
- *"Deuxième constat, ce « surcoût » du système français s'explique largement par deux postes de dépenses : le médicament et l'hôpital."*²¹
- *Les dépenses hospitalières constituent le « trou noir » de notre système de santé qui reste très hospitalo-centré, quand tous nos voisins européens ont engagé, et depuis longtemps, des politiques visant à réduire la place de l'hôpital dans le système de soins, et à déporter de plus en plus d'actes vers les soins de ville, moins coûteux et souvent exécutés dans des conditions de meilleur confort pour le patient. Nos dépenses hospitalières sont ainsi supérieures de plus de 400 euros par personne (soit plus de 26 milliards d'euros au total.) à celles de l'Allemagne qui a une concentration plus forte de son dispositif (25,4 établissements par million d'habitants contre 42,7 en France), des charges de personnel moindres (1 338 personnes pour 100 000 habitants contre 1 608 en France)."*²²

Sur l'hôpital, il est clair et n'utilise pas la langue de bois officielle depuis tant d'années. Dans un paragraphe dénommé "Améliorer la productivité des professionnels de santé"²³, il affirme :

"Enfin, et surtout, c'est dans l'organisation de l'hôpital que réside l'enjeu majeur pour la qualité et le coût du système de soins. Organisation interne, gestion des plannings, mise en place de dossiers médicaux informatisés, gestion des urgences, rationalisation des achats, etc. Du chemin a été parcouru, beaucoup reste à faire. Au passage, on ne peut passer sous silence le fait que les 35 heures ont profondément déstabilisé les hôpitaux.

L'introduction de techniques managériales à l'hôpital rencontre des résistances fortes ; pour certains, l'idée d'y avoir recours signerait la mort de l'hôpital. Mais l'introduction de ces techniques est pourtant inévitable et gagne peu à peu du terrain ; elle s'est institutionnalisée avec la création de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-so-

ciaux (ANAP), agence publique de conseil aux ARS et aux hôpitaux pour mettre en œuvre des plans alliant amélioration de la qualité, réorganisations et gains d'efficience.

Une justification du gain que pourrait apporter une meilleure gestion de l'hôpital est apportée par le constat d'une considérable dispersion des coûts des séjours dans les hôpitaux. Ces écarts n'ont malheureusement pas donné lieu à expertise approfondie, et on ne sait pas dans quelle proportion ils reflètent des écarts de productivité sur le séjour en question, des écarts de productivité sur l'ensemble de l'activité de l'hôpital ou des différences de méthodologie comptable.²⁴ Au milieu de ce paragraphe, une note²⁵ précise : "Les écarts entre secteur privé et secteur public donnent lieu, sur fond d'objectifs de convergence tarifaire, à des controverses techniques improductives. On peut certes piloter le système sans vider tout de suite la querelle. Mais il faudra bien un jour progresser sur ce dossier et en tirer les conséquences sur la politique tarifaire."

Sur le parcours de soins :

"Il existe un consensus sur un objectif de réduction des surcapacités hospitalières en court séjour, qui serait rendu possible par une meilleure gestion des parcours des patients, en amont et en aval des hospitalisations. Mais on a encore du mal à sortir des réflexions théoriques et le modèle économique de cette optimisation des parcours reste à construire. [...] On pourrait avancer sur ce sujet en optant pour des expérimentations de terrain."²⁶

"Au total, la réalisation de gains de productivité à l'hôpital et l'instauration de la « juste place » de l'hôpital dans les parcours doivent permettre de réaliser des économies pour financer le retour à l'équilibre des établissements encore déficitaires et les investissements nécessaires à l'amélioration du service rendu, tout en « tenant » dans une enveloppe financière (l'ONDAM²⁷ hospitalier) de plus en plus contrainte".²⁸

Sur le mot de "productivité" : on retrouve ce mot tabou sur 5 % des pages du livre (15 pages sur 300). Tous les secteurs sont concernés, même l'hôpital ! C'est presque de la témérité ! En tous les cas pour quelqu'un qui est du sérail, cela vaut respect !

"Mais générosité et universalité ont un coût : le poids de la protection sociale dans le PIB est plus élevé que chez la plupart de nos voisins. Cette situation serait admissible si nous étions à l'optimum. Ce n'est pas le cas. Il y a des dépenses inefficaces et, à l'abri de règles généreuses, nous payons des situations de sous-productivité. Les sommes ainsi « gâchées » nous manquent pour progresser sur d'autres politiques sociales : faire mieux pour la dépendance des personnes âgées par exemple".²⁹

"Ensuite, comme la dépense est très fortement socialisée, l'assurance-maladie tolère des comportements discutables et non efficaces comme tout système de large gratuité s'il n'est pas organisé autour du principe de la plus grande efficacité. L'offre de soins est mal organisée : elle est de qualité inégale et trop

dépendante. Il y a donc des marges de productivité qu'il est impératif de « mobiliser » pour contenir la progression de la dépense publique."³⁰

"Sans sous-estimer la difficulté et la lenteur de la gestion du risque dans ce contexte, il y a place pour une politique active. Elle est d'autant plus nécessaire que des analyses convergentes concluent à l'existence d'éléments de sous-productivité, de non-qualité et de rentes de situation coûteuses."³¹

La gouvernance du système. C'est sans doute un passage où on aurait aimé que B. Fragonard aille plus loin. Il est vrai que son livre se consacre à toute la protection sociale et pas simplement à l'assurance-maladie. Il note cependant que cette gouvernance *"renvoie à deux grandes faiblesses de notre système.*

Un déficit démocratique tout d'abord : les partenaires sociaux ne sont plus au cœur du système ; il faut donc trouver d'autres lieux et d'autres formes de débat – même si la montée du Parlement a fait faire quelques progrès. [...]

De gros problèmes de gestion ensuite. Nos systèmes sont lourds et complexes, ce qui engendre deux types de conséquences. D'une part, personne n'y comprend plus rien et tout le monde se méfie avec cette idée que les « autres » ont mieux."³²

Il souligne les progrès accomplis, en particulier dans les systèmes d'information et expose fort bien les questions liées à l'application du droit comme celles liées à l'accès aux droits. Mais pour nous, hospitaliers, il n'aborde pas les relations conflictuelles et délétères entre les caisses d'Assurance-maladie et l'Etat, la DGOS³³ en particulier. De même il n'aborde pratiquement pas la question des Agences qui refait la une depuis 15 jours. Du point de vue du débat actuel notons cependant qu'il souligne le rôle important de l'ANAP, nous l'avons déjà signalé.

"Trois conclusions à ces développements sur la gestion du risque : *il y a de fortes marges de progrès ; il est utopique de penser les mobiliser rapidement ; on ne peut le faire qu'en s'appuyant sur les professionnels.*"³⁴

Rien de bien nouveau se diront peut-être certains de nos lecteurs ?... Certes, nous savons tout ça, mais ce n'est jamais dit, ou peu s'en faut. Oui, à la Cour des Comptes. Au HCAAM³⁵ aussi, mais qui connaît le HCAAM, qui lit ses rapports ? Quelques numéros spéciaux de revues comme Le Débat ou Esprit, mais qui les lit ? Et puis des experts qui vous prouvent chiffres en main qu'on peut sauver la sécu, qui vous parlent de productivité du système sans proposer de ponctionner toujours plus les Français, qui soulignent l'importance de l'organisation et de techniques managériales à l'hôpital, qui demandent de passer à des expérimentations sur le parcours de soins, qui osent dire qu'il faut *"s'appuyer sur les professionnels"*... c'est rare !

Ici, nous sommes sur un ouvrage fait par un spécialiste reconnu de tous, chargé encore tout récemment de responsabilités importantes³⁶. L'ouvrage est un ouvrage presque grand public, en tous les cas un ouvrage de vulgarisation, au sens noble. Il aborde tous les champs de la protection sociale, et propose une

synthèse intelligible de ce monde très complexe. Cela aussi est rare, et précieux.

Souvenez-vous : Le Monde et beaucoup d'autres grands organes de presse ont rempli des pages entières, sans recul critique et souvent de façon louangeuse sur le "*Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*". L'argument de fond de ce manifeste était de dire : "*ponctionnez encore plus fort les Français pour me donner encore plus, puisque je suis légitime et que je vous dis que j'en ai besoin*".

Puisse la presse consacrer autant de place au livre de Fragonard ! Un livre qui ne prépare pas la "*Restauration*" mais les conditions d'un avenir solidaire. Un livre qui ne dit pas ce qu'il faut penser, mais qui donne à penser sur le devenir de notre système de protection sociale. Un livre à faire connaître et à diffuser. Les "gestionnaires" y trouveront la synthèse qui permet de remettre ses idées en ordre. Les médecins, nombreux, qui regrettent de n'avoir jamais eu l'occasion de se former au "système de protection sociale", y trouveront l'occasion de le faire sans s'ennuyer. Les honnêtes hommes, troublés par l'opacité des débats actuels et la confusion qui s'étend, y trouveront la clarté qui leur manque et pourront à nouveau se forger une opinion citoyenne, c'est-à-dire responsable. Surtout, ils reprendront confiance dans la capacité que nous avons d'éclaircir l'avenir pour que "*Vive la protection sociale !*"

Un nouveau rapport sur les Agences

La semaine dernière c'était le Conseil d'Etat qui nous livrait un important rapport sur les Agences. Il s'agissait en fait de son "*Etude annuelle*" : "*Les Agences : une nouvelle gestion publique*"³⁷.

Cette semaine c'est l'**Inspection Générale des Finances** (IGF) qui nous livre son rapport.³⁸ Tout simplement dénommé : "*l'Etat et ses Agences*", il est aussi important.

En gros nous avons maintenant trois approches officielles : une approche politique avec les travaux parlementaires, mais ils datent de la majorité précédente, une approche plus doctrinale et administrative avec le Conseil d'Etat et enfin une approche de type audit transversal avec l'IGF. Il est donc plus que probable que le paysage va bouger.

Une partie de la presse a fait du rapport de l'IGF un sujet de scandale. En fait les rapports d'inspection n'ont pas le même style qu'une "*étude*" du Conseil d'Etat. Les deux rapports se complètent et il faudrait travailler les deux ensemble.

Globalement l'IGF propose une sérieuse remise en ordre. "*La création de telles agences engendre des coûts importants, alors qu'elle ne correspond pas toujours à une amélioration de la qualité du service public et se traduit dans certains cas par une moindre efficacité de cette gestion déléguée par rapport à une gestion en direct par l'Etat*" nous disent les Ministres.³⁹ Cette remise en

ordre est logique et elle était attendue. De ce point de vue les 4 axes du rapport permettent une expression forte :

- 1^{er} axe : mieux connaître les agences
- 2^e axe : mieux associer les agences aux efforts financiers de l'État. Les agences, qui ont vu leur poids augmenter, sont devenues un enjeu majeur de gestion publique.
- 3^e axe : constituer un environnement favorable à l'exercice d'une tutelle stratégique qu'il faut renforcer : la tutelle reste trop instrumentale et pas suffisamment stratégique
- 4^e axe : établir une doctrine d'usage des agences et rationaliser le paysage des agences de l'État.

Le rapport fait 35 propositions dont beaucoup semblent de bon sens et gagneraient à être suivies.

Nous relèverons pourtant ici, une fois de plus, une certaine faiblesse en ce qui concerne le secteur de la santé.

- Les travaux ne se sont pas portés sur toutes nos agences. L'INCa⁴⁰, par exemple, est absent de cette réflexion alors qu'il était au cœur de la réflexion des Parlementaires. On aurait pourtant besoin d'une vue d'ensemble des Agences dans notre secteur et d'une évaluation du point de vue du système de santé, de sa cohérence, de sa gouvernance et de son efficience.
- Les exemples qui sont pris dans notre secteur dénotent parfois une mauvaise connaissance de leur sujet par les inspecteurs. Prenons l'exemple de l'ANAP qui a souvent été repris par la presse, au risque de fragiliser cette Agence sur des bases incertaines.
 - *"Le plafond d'emplois de l'ANAP a été augmenté de 40 ETP⁴¹ entre sa création en 2009 et 2011, par créations de postes".⁴² C'est un reproche de l'IGF. Mais l'IGF oublie de préciser que ces effectifs sont faibles. Le vrai sujet pour l'IGF aurait dû être celui du choix stratégique initial de l'ANAP : celui d'avoir des effectifs faibles et celui, complémentaire, de faire appel massivement aux capacités de sociétés de conseils. L'IGF n'aborde pas ce choix stratégique et sa critique tombe donc à plat.*
 - *De même dans les exemples pris pour illustrer les "doublons", l'IGF souligne ceux existant "entre la HAS⁴³ et l'ANAP : dans le cadre de ses missions sur la performance des établissements, l'ANAP est amenée à travailler sur l'efficacité de l'organisation des soins. De son côté, la HAS ne peut traiter de la qualité des pratiques médicales sans évoquer les questions d'organisation des soins. Ainsi, les deux entités travaillent ensemble sur des recommandations dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Sans être stricto sensu un doublonnement, une telle configuration se traduit par des coûts de coordination."⁴⁴ Nos lecteurs le savent bien, ce ne sont pas, ici, les agences qu'il faut incriminer. La critique aurait dû porter sur les défaillances stratégiques de la tutelle : c'est, ici, le vrai sujet. Le rapport aurait pu ainsi approfondir les conditions d'un exercice efficient de la tutelle. De façon générale, comme le Conseil d'Etat, le*

rapport de l'IGF souhaite une tutelle plus "stratégique". Dans le cas de la chirurgie ambulatoire, ce sont bien les deux agences qui se sont fait instrumentaliser par la DGOS pour retarder la mise en œuvre d'une vraie politique d'incitation. Était-ce "stratégique" ? Toujours est-il que l'ordre qui leur avait été donné de travailler séparément les domaines du "médical" et de "l'organisation" était aussi stupide que contre productif. Heureusement, nos deux agences ont su passer outre aux insuffisances ou aux turpitudes de leur tutelle pour travailler de concert comme il le fallait. La critique de l'IGF aurait donc dû viser la DGOS, les agences ont, elles, devancé cette critique et fait ce qui était en leur pouvoir pour rester cohérentes entre elles.

Une autre critique de l'IGF aurait pu consister à se demander si tous les "livrables" demandés par la DGOS en matière de chirurgie ambulatoire étaient vraiment utiles et si certains d'entre eux ne faisaient pas "double" avec toutes les recommandations existantes.

Comme quoi les choses ne sont pas simples... mais cette complexité a échappé à nos inspecteurs.

Relevons enfin que *"la mission a exclu l'examen de leur efficacité [celle des Agences...], tant du point de vue de leur gestion interne que de leur action publique : ces questions ne peuvent en effet être examinées que lors d'audits « opérateurs » approfondis."* Mais la proposition n° 24 préconise de *"lancer une série d'audits transversaux portant sur tous les acteurs d'une politique publique (État et agences), afin de rationaliser l'organisation actuelle et de supprimer les éventuels doublons"*. Quelque chose nous dit que nous allons y avoir droit très rapidement. Les Ministres ont en effet annoncé des "lettres"...

Raison de plus pour souhaiter que quelqu'un se penche tout aussi rapidement sur l'ensemble des Agences œuvrant dans le domaine de la santé pour mieux en faire ressortir les spécificités et surtout mieux dégager les conditions d'une cohérence d'ensemble.

Pourtant, on voit mal qui pourrait se lancer. S'agissant d'une des conditions de la qualité du système ce serait à la HAS. Mais avec son statut actuel, elle n'osera pas et ses consœurs lui en dénieront la légitimité. Reste la Cour des Comptes, une fois de plus. A notre connaissance, le sujet n'est pas dans ses priorités. Il le faudrait pourtant. La Cour est, de fait, de plus en plus, la "vraie" agence qualité du système.

En tout état de cause, si ces audits sont lancés, il s'agit pour nous d'un chantier important pour notre avenir d'hospitaliers. Mais il est toujours dangereux de lancer des audits sans avoir de doctrine et sans les fonder sur des critères d'évaluation cohérents avec les priorités fixées aux audités en termes d'objectifs. Dans la conjoncture actuelle des lettres de commandes d'audits ciblés ressembleraient beaucoup à des habillages techniques de décisions déjà prises. En tous les cas c'est le risque. De plus, les économies recherchées en personnel et en budget risquent de pâtir d'un manque de vision stratégique. Ce serait dommage.

Quelques brèves

Quelques nouvelles de la "Restauration"

La "Restauration", dont on nous dit qu'elle est en cours, nous vaut toujours quelques perles. On se surprend à envisager une rubrique régulière dénommée "La Restauration" car, comme chacun sait, l'humour soigne.

Citons cette semaine Le Quotidien du Médecin qui rend compte de la visite de notre Ministre à l'hôpital du Mans⁴⁵ : "*Quid des déficits hospitaliers ? Ce n'est en rien une fatalité, assure Marisol Touraine, « à condition que le gouvernement garantisse le financement des missions de service public »*" !

Au Mans, toujours, selon Le Quotidien, "*Le pacte de confiance aidera à la restauration de l'attractivité des carrières hospitalières, promet la ministre. « À travers la reconnaissance de l'hôpital se joue la capacité d'attirer les professionnels »*". Espérons qu'elle aura dit la même chose ce week-end à Cannes devant la CSMF⁴⁶, car aujourd'hui, les jeunes sont beaucoup, beaucoup plus attirés vers l'hôpital que vers le libéral... mais les conseillers ont sans doute oublié de le dire à leur Ministre

Notons aussi, espérons que c'est seulement un commentaire du Quotidien, que "*l'hôpital, lié par 150 conventions avec les 7 hôpitaux du département, fait figure d'établissement exemplaire.*" Il est vrai que Le Mans est favorisé par sa proximité avec de belles forêts !

Pourtant les contradictions apparaissent. "*Quelques banderoles - peu - attendaient Marisol Touraine à son arrivée sur le site. « Une rupture doit être opérée avec la politique de santé menée sous l'ère Sarkozy.*" Dans son discours, plus prudent, la Ministre "*promet « une rupture avec le discours qui a dominé dans les dernières années »*". Nuance.

Il y a en effet continuité sur le "tout hôpital", c'est le discours qui change. Pourtant à y regarder de près on note des évolutions dans les continuités de la "Restauration" : "*Le gouvernement socialiste prépare un programme de relance des investissements hospitaliers, mais c'est surtout vers les banques que les hôpitaux devront se tourner, a fait valoir la ministre*" ! C'est la droite qui subventionnait, mais c'est la gauche qui vous demande d'aller voir les banques... comme toute entreprise !

Pourtant, dans le cadre de la "Restauration", l'hôpital qui n'est pas une entreprise, c'est important et on nous le répète à l'envie. Mais ne pas respecter le droit qui prévaut dans les entreprises coûte finalement cher : "*L'hôpital [du Mans] n'a pas respecté la réglementation sur la RTT entre 2005 et 2010, il doit rendre 74 000 heures à 2 000 personnes d'ici à mars 2013. L'équivalent de 2,3 millions d'euros*" signale un syndicaliste au Quotidien.

Bref, la "Restauration", en plus d'être décalée et surréaliste, va être difficile !

Le Haut conseil du financement de la protection sociale. On se demandait ce qu'il devenait. Le Haut conseil va finalement être installé le mercredi

26 septembre par le Premier Ministre. Mireille Elbaum, professeur titulaire de la chaire de politiques et économie de la protection sociale au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), ancienne de plusieurs Cabinets ministériels et ancienne directrice de la DREES va en prendre la présidence. Cette institution créée par l'ancien gouvernement est revue mais officialisée par le nouveau. Le décret paru cette semaine le confirme⁴⁷. Rappelons que le Haut Conseil est sur le versant "ressources" de la protection sociale.

Les patients. Cette semaine les patients, ou les "usagers", ont fait plusieurs fois la une. Signalons par exemple :

- le livre qu'ont fait paraître Claire Compagnon et Thomas Sannié "**L'Hôpital, un monde sans pitié**"⁴⁸. Un témoignage de plus, souvent à charge, me direz-vous. Oui, sans doute, mais il faut lire tous ces témoignages. Malgré nos efforts, tout n'est pas parfait dans nos établissements. Ces témoignages, même s'ils sont parfois difficiles ou désagréables, nous sont nécessaires pour rester en éveil.
- le troisième "**Congrès des usagers**" organisé par la FHP-MCO. Un vrai succès. Du bon travail, utile. Une vraie contribution de "démocratie participative". Parmi les "usagers" présents, certains étaient "RU"⁴⁹ dans des établissements publics. Cela est un bon indicateur de l'intérêt de ces rencontres. Les Tutelles étaient là. Une représentante de la DG Sanco⁵⁰ européenne aussi. Les interventions ont souvent été de grande qualité. Rendez-vous est pris pour l'année prochaine. Tous les participants s'en sont réjouis.
- la HAS a publié un rapport intitulé "**Mesure de l'expérience du patient - Analyse des initiatives internationales**". L'objectif de ce travail est d'identifier et de décrire les enquêtes et programmes relatifs à la mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients, ainsi que leurs modalités d'utilisation. Une revue de littérature a ainsi été réalisée, afin de décrire ces différentes enquêtes et programmes nous dit la HAS. Utile là aussi.

¹ Bertrand Fragonard - *Vive la protection sociale !* - Odile Jacob - Septembre 2012 - 302 pages

Bertrand Fragonard, président de chambre à la Cour des Comptes, a été conseiller de nombreux Ministres de la santé, notamment Simone Veil, il a géré les principales institutions de

protection sociale : la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la délégation au RMI. Il a également été président du Haut conseil pour l'Assurance-maladie (2003-2011) puis du Haut conseil de la famille.

Notre mail UNHPC 12/558 de ce lundi 23 septembre 2012 propose un dossier complet consacré à ce livre

2 p. 16

3 p. 18

4 p. 23

5 p. 298

6 p. 296

7 p. 23

8 p. 150

9 p. 19

10 Cf. notre chronique 2011/37 du lundi 19 septembre 2011 intitulée "*Indignations*" qui proposait un encadré soulignant « *L'indignation suscitée par la confusion, les incompétences et les hypocrisies régnantes souligne l'urgence d'un "parler vrai" et responsable* » et qui consacrait un long passage à ce "*Manifeste en trompe l'œil*".

Chronique reprise dans notre Livre des chroniques 2009-2011 page 556

11 p. 22

12 p. 20

13 p. 22

14 p. 20

15 p. 21

16 Avant propos p. 13

17 p. 22

18 OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

19 PIB : Production intérieure brute ou produit intérieur brut

20 p. 162

21 p. 163

22 p. 163

23 p. 165

24 p. 167

25 note n° 29

26 p. 170

27 ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

28 p. 171

29 Avant propos p. 11

30 p. 130

31 p. 162

32 p. 251

33 DGOS : Direction générale de l'offre de soins

34 p. 173

35 HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

36 Une conférence "*contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*" se déroulera lundi 10 et mardi 11 décembre à Paris a annoncé cette semaine le Premier Ministre, J.-M. Ayrault. Un des ateliers sera consacré à l'accès aux droits et aux minima sociaux. Il sera animé par Bertrand Fragonard, président du Haut conseil de la famille.

Cf. APM - *Une conférence contre la pauvreté organisée en décembre avec un atelier sur la santé* - vendredi 21 septembre 2012

37 Etude annuelle 2012 du Conseil d'Etat : *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*

Lors de notre chronique de la semaine dernière le rapport du Conseil d'Etat n'était pas disponible en entier. Il a été mis en ligne en début de semaine.

Cf. le dossier complet envoyé avec notre mail UNHPC 12/549 du mardi 18 septembre 2012 ou <http://www.conseil-etat.fr/fr/rapports-et-etudes/etude-annuelle-2012.html>

³⁸ Jean-François Juéry, Victoire Paulhac, Perrine Barre, Léonore Belghiti, Benjamin Huteau, Inspecteurs des finances, sous la supervision de Thierry Wahl, Inspecteur général des finances - *L'Etat et ses Agences* - Rapport n° 2011M04401 - mars 2012 - Publication septembre 2012

Par lettre de mission du Premier ministre en date du 22 août 2011, l'IGF a été chargée d'une mission transversale sur "*les entités qui, quoique distinctes de l'État, sont étroitement contrôlées et largement financées par lui*".

Ce rapport date de l'ancien gouvernement. Il est daté de mars 2012. Mais le ministre de l'économie et des finances et le ministre délégué au budget l'ont rendu public ce lundi 17 septembre.

Cf. notre mail UNHPC 12/546 du lundi 17 septembre 2012 ou <http://www.economie.gouv.fr/igf-rapport-sur-les-agences-de-l-etat>

³⁹ Communiqué de presse des Ministres

⁴⁰ INCa : Institut national du cancer

⁴¹ ETP : Équivalent temps plein

⁴² p. 18

⁴³ HAS : Haute autorité de santé

⁴⁴ p. 46

⁴⁵ Les citations qui suivent sont toutes extraites de Delphine Chardon - *La ministre de la Santé en visite au CH du Mans - Touraine promet une rupture avec les années Sarkozy* - Le Quotidien du Médecin du 19/09/2012

⁴⁶ CSMF : Confédération des syndicats médicaux français. La CSMF tenait en cette fin de semaine sa XVIII^e Université d'été sur un thème important : "*Le Bing Bang de la médecine de parcours*". Une intervention de la Ministre y était prévue.

Cf. http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1337&Itemid=688

⁴⁷ Art. D. 114-0-1 du code de la santé - Il est institué auprès du Premier ministre un Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques, et à la lumière des expériences étrangères, le Haut Conseil mène des travaux sur les moyens d'assurer, pour la protection sociale, en cohérence avec les prestations qu'elle couvre, un financement pérenne, favorable au développement et à la compétitivité de l'économie française, compatible avec les impératifs de solidarité et d'équilibre des finances sociales, dans le respect de la trajectoire des finances publiques.

Le Haut Conseil a pour mission :

1° De dresser un état des lieux du système de financement de la protection sociale, d'analyser ses caractéristiques et ses changements ;

2° D'évaluer les évolutions possibles de ce système de financement ;

3° D'examiner l'efficacité des règles de gouvernance et d'allocation des recettes de l'ensemble du système de protection sociale de manière à assurer son équilibre pérenne ;

4° De formuler, le cas échéant, des recommandations et des propositions de réforme.

Le Haut Conseil peut, en outre, être saisi de toute question par le Premier ministre.

Décret n° 2012-1070 du 20 septembre 2012 relatif au Haut Conseil du financement de la protection sociale - JORF n°0220 du 21 septembre 2012 page 14951 - NOR: PRMX1234812D

⁴⁸ Claire Compagnon et Thomas Sannié - *L'Hôpital, un monde sans pitié* - Ed. l'Editeur - Collection Témoignages et Documents - Septembre 2002 - 256 pp. - 18 €

L'ouvrage comprend 2 parties : Un hôpital en quête d'humanité ; Des propositions pour changer l'hôpital.

⁴⁹ RU : Représentant des usagers du système de santé

⁵⁰ DG SANCO : Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la commission européenne

Le débat sociétal sur l'euthanasie

- ✦ Le premier débat organisé par la Mission sur la fin de vie
- ✦ Une tribune surprenante sur l'hôpital public
- ✦ Les débuts du procès d'Epinal

***Fin de vie
"s'écouter en dehors
des affrontements de positions
irréductibles,
pour saisir ce qui permet
de vivre ensemble"***

D. Sicard

Date de parution : lundi 1^{er} octobre 2012

Mots types : Strasbourg - D. Sicard - Loi Leonetti - Soins palliatifs - Euthanasie - ADMD - ONFV - Sémantique - Surcapacité hospitalière - J. Touzard - Hôpital responsable - Génération HPST - SFRO - SNRO - Radiothérapie

De grandes angoisses travaillent notre société et nos concitoyens, la montée de la misère et du chômage, la difficulté qu'ont les politiques à maîtriser une situation très difficile ajoutent aux craintes de tous. Au même moment, de grands débats de société s'imposent ou brillent par leur absence. Parmi ces derniers il y a l'Europe, pourtant clef de notre avenir ; il y a le renoncement progressif à se défendre, comme si le monde de demain était moins dangereux que celui d'hier. Parmi les débats qui agitent notre société, il y a le débat sur le sens du mariage, important par ses enjeux sociétaux, mais hors de notre champ. Par contre, nous évoquons souvent ici les enjeux du débat sur les dépassements d'honoraires, souvent réduit à un débat sur le niveau des revenus alors qu'il s'agit avant tout d'un débat sur la médecine et que ce débat là n'a pas lieu. Il y a enfin le **débat sur la fin de vie et l'euthanasie**. Tout cela est aussi épuisant que nécessaire et lasse autant de nos concitoyens que cela en passionne. Dans tous les cas, les enjeux sont lourds.

Il faut donc s'arrêter cette semaine sur un débat qui est bien dans notre champ, celui de la fin de vie.

Dans l'actualité, nous relèverons aussi une surprenante mais intéressante "**tribune**" **concernant l'Hôpital public** et nous dirons deux mots à propos du **procès d'Epinal**, important pour nous tous, mais sur lequel nous avons, le temps du procès, un devoir de réserve collectif.

Le premier "grand débat" de la Commission Sicard

Ce débat a été relancé à l'occasion de la campagne présidentielle. On dit maintenant le Président François Hollande et ses conseillers ennuyés par les pressions qu'ils subissent sur l'euthanasie. Peut-être, mais la presse nous apprend aussi que le sujet l'intéresse et qu'il prend le temps de l'approfondir à titre personnel. C'est ainsi que "*le dernier dimanche d'août, l'Élysée a convié une vingtaine de personnes à une projection privée du film de Stéphane Brizé¹, sorti en salles mercredi 19 septembre*". Cela veut dire que le calendrier présidentiel sera suivi, que le sujet ne sera pas laissé de côté. Les initiatives se multiplient donc.

La plus importante, cette semaine, est l'organisation du premier grand débat public par Didier Sicard dans le cadre de la mission de réflexion sur l'accompagnement de la fin de vie que lui a confiée le Président François Hollande en juillet. Il a eu lieu à Strasbourg le samedi 22 septembre dernier.

On y voit un peu plus clair sur **la méthode**. L'annonce est faite par la presse locale et les panneaux d'information de la ville. Il n'y a pas d'invités. Par contre les membres de la Commission Sicard sont là, mais ils ont pour consigne de se taire : ils ne sont que de simples témoins des débats qu'ils organisent mais auxquels ils ne prennent pas part.

La matinée est consacrée à des ateliers sur des thèmes précis. Il y en avait 6 à Strasbourg : personnes âgées, malades inconscients, personne atteinte de maladie létale et refusant les soins palliatifs, nouveau né atteint d'une tumeur cérébrale, état de grande souffrance psychique.²

L'après-midi est consacrée à une restitution des ateliers du matin et à un grand débat collectif.

Didier Sicard veut sortir du cercle des "*sachants*", "*de ceux qui sont porteurs d'une parole et parfois d'une posture, d'une position à défendre*", et permettre aux Français "*de s'écouter en dehors des affrontements de positions irréductibles, pour saisir ce qui permet de vivre ensemble*".³

Huit "grands débats publics" sont prévus. Il en reste donc 7⁴. Le rapport sera rendu fin décembre au Président de la République, qui devrait alors saisir le CCNE⁵ sur la question, avant un probable débat parlementaire.

Comment s'est déroulé ce premier débat Strasbourgeois ?

*"Venir dans une université déserte, un week-end, pour parler de la mort, cela sonnait un peu comme un défi."*⁶ Entre 100 et 150 personnes se sont déplacées. C'est relativement peu pour une grande ville comme Strasbourg, surtout si l'on considère que beaucoup étaient des soignants.

Les débats ont été sereins, ce qui veut dire qu'ils ont bien eu lieu. C'est important de le souligner car les organisateurs pouvaient craindre que les débats soient monopolisés par les "sachants" comme ils les appellent. Ils ont choisi au contraire de capter "les spontanés". Cela explique en partie le peu de monde, mais de ce point de vue il semble qu'ils aient gagné leur pari : *"faire émerger un débat plus sociétal que médical sur l'euthanasie"*.⁷ *"Parfois vif, le débat a échappé à l'écueil d'une opposition frontale entre pro- et anti-euthanasie."*⁸ L'expression n'a été *"entravée par aucun enfermement universitaire, religieux, juridique ou médical"* pour reprendre le souhait de Didier Sicard.⁹

Les témoignages que nous avons pu recueillir de quelques participants confirment ce que nous en dit la presse. Cela aussi est une information. La presse, nationale, souvent prompte à s'enfermer dans le "politiquement correct", a proposé plusieurs articles dans lesquels les participants disent bien se reconnaître.

Signalons quand même la recension un peu contradictoire du groupe de presse régional Dernières Nouvelles d'Alsace - Est Républicain. Le premier titre qu'à *"ce débat voulu pourtant ouvert ont été entendus soignants, associations et militants"* et juge de façon critique que *"l'initiative n'était pas cette fois citoyenne mais procédait d'une volonté politique"*¹⁰. On remarque aussi que la surface consacrée à ce sujet par le groupe de presse est pratiquement la même pour faire le compte rendu de ce débat et pour annoncer en détail et de façon beaucoup moins critique la création d'une permanence de l'ADMD à Toul¹¹. Cela sent un peu le respect d'une ligne éditoriale clairement positionnée...

Qu'apprend-on de ces débats Strasbourgeois ?

Que *"la plupart des membres de l'assistance laissent filtrer leurs doutes plus que leurs certitudes."*¹² mais *"nul ne s'étonne de recueillir plus de questions et de contradictions que de réponses et de certitudes."*¹³

*"Quelques constats font l'unanimité : le sentiment des personnes âgées dites « dépendantes » d'être une charge, le mauvais fonctionnement des directives anticipées et, surtout, la nécessité de trouver une troisième voie pour sortir du face-à-face médecin-patient en cas d'incompréhension."*¹⁴

"Ce qui frappe, en dépit des avis divergents, c'est le respect et l'écoute. On ne s'invective pas, on se répond avec l'intention de faire avancer le débat, sans monopoliser la parole. En sortant de l'atelier, le médecin de l'ADMD¹⁵ – dont la direction avait pourtant déconseillé à ses adhérents de participer à l'évène-

ment – se réjouit que chacun « ait parlé avec son cœur »."16 Le débat "a trouvé son chemin, malgré les carapaces idéologiques, les pesanteurs professionnelles, les convictions irréductibles. Elles étaient plus patentes dans les ateliers au public fourni, comme si le nombre obligeait à défendre une posture publique, que dans les ateliers moins fréquentés, où les récits et les échanges pouvaient prendre un caractère intimiste."17

Le débat est donc "citoyen", comme il voulait l'être. Cela interroge pourtant. Il s'agit plus, sans doute, d'une technique d'animation, voire de conscientisation, que d'une méthode d'élaboration de texte réglementaire. C'est pourtant sur un texte que tout cela doit déboucher. Mais, de ce point de vue, c'est sans doute le contenu du rapport qui comptera surtout.

Les débats de Strasbourg font ressortir que la loi Leonetti est peu connue et insuffisamment appliquée. Ce n'est pas un scoop, cela est connu. Mais ces débats font là aussi œuvre pédagogique. On en vient cependant à se demander si, nous, professionnels, dans les débats publics nous avons raison de revenir encore et encore sur la loi Leonetti. Qu'on en parle lorsqu'il s'agit de former à l'encadrement ou à l'utilisation de procédures précises, c'est aussi souhaitable que nécessaire. Mais, dans les débats publics, ne vaudrait-il pas mieux parler de droits, faire connaître les droits des patients et de leurs proches, droits que nous savons être nourris, entre autres, par la loi Leonetti. Les "citoyens" qui viennent à ces débats viennent rarement y chercher une meilleure connaissance du droit, de la loi. Au-delà de la nécessité pour beaucoup de se décharger d'un trop plein émotionnel personnel, ils viennent pour savoir quels sont leurs droits et comment cela se passera en fait, concrètement, lorsqu'ils seront confrontés directement ou pour leurs proches à ce type de problèmes. C'est sous cet angle qu'il faut leur parler de la loi Leonetti, quitte à la nommer si, en fin de débat, certains veulent des références juridiques. Mais, sur ces questions, on ne vient pas d'abord chercher un cours de droit. Ce que veulent les gens c'est sans doute avant tout savoir à quelles pratiques ils seront soumis et quelle est la place qu'on y réserve à leurs choix, à leur volonté.

Strasbourg nous montre aussi que les questions de vocabulaire sont primordiales. "Dans ce débat, comme dans l'accompagnement de fin de vie dont il est question, difficile de donner du sens aux paroles, d'interpréter justement la portée des mots."18 Parmi les "Libres opinions", les "Tribunes"19 que le débat continue à susciter, il en est une qui, cette semaine, insiste fort à propos sur ces questions20 "Le débat qui s'ouvre est un débat sémantique" y est-il affirmé. Pas seulement, heureusement, mais s'il fallait être convaincu, les auteurs nous y aident. Leur article commence par une intéressante affirmation : "L'agonie ne doit plus être une étape obligée". Bien. Mais qu'est-ce au juste que "l'agonie" ?

L'article est aussi un plaidoyer pour une traduction dans le droit de "l'euthanasie, aide à mourir". Mais il insiste tout autant sur les questions de vocabulaire, sur les distinctions entre "euthanasie, suicide médicalement assisté" et "suicide assisté". D'après les auteurs, "il est tout aussi important de cesser d'opposer artificiellement euthanasie et soins palliatifs." Ils parlent de "proto-

cole", de "sédation terminale", "d'imposer aux médecins acceptant de prêter leur concours à une aide active à mourir de vérifier préalablement qu'un accompagnement palliatif a été effectivement proposé au patient."

Tout ce vocabulaire, ces mots, ont été retenus par l'ONFV²¹ comme devant faire l'objet d'une clarification sémantique. Nous avons déjà évoqué ces travaux de l'ONFV. Strasbourg, s'il en était besoin, les justifie et en montre l'urgence, même si, là aussi, ce n'est pas facile. Mais c'est justement parce que ce n'est pas facile, pas très clair, qu'il faut essayer, autant que faire se peut, de clarifier pour mieux se comprendre.

Au-delà des mots, le débat sur la fin de vie a du mal à sortir du double écueil *"des postures et de l'émotion"*, pour reprendre le titre de l'article du Monde sur Strasbourg. Il faut, aussi vite que possible, que, grâce aux mots, on puisse mieux démasquer les postures et exprimer aussi clairement ses émotions que ses choix fondamentaux et ses valeurs quant à la fin de vie. On reste ici dans le nécessaire autant que dans le difficile.

Raison de plus pour que les Montpelliérains, les Clermontois, les Nantais, les Toulousains, les Havrais et les Parisiens sachent se mobiliser pour participer aux *"débats citoyens"* qui leur sont proposés ! Les mots, à l'inverse des piles d'autrefois, ne s'usent que si l'on ne s'en sert pas, mais ils prennent d'autant de sens qu'on les utilise pour débattre de façon respectueuse de l'interlocuteur. Pour les futurs débats de la Commission Sicard, il faut donc lire la presse locale et les panneaux municipaux... et sans doute aussi en parler un peu !

L'hôpital en surcapacité ?

Cette semaine, une tribune libre du Quotidien du Médecin a attiré notre attention.

Son auteur est Jacques Touzard, il est directeur d'hôpital. Il interroge dès le titre de sa tribune : ***"Il faut combattre d'urgence la surcapacité hospitalière"***.²²

Qu'on en juge par ces extraits significatifs :

"Il est assez fréquent de présenter l'hôpital public comme une victime sans ressources, esseulée dans un monde ultra-concurrentiel et capitaliste. Telle Jeanne d'Arc, l'hôpital public serait sur le bûcher, fier et digne, mais victime sacrificielle de ce que l'on a coutume d'appeler la privatisation du service public. Mais cela est faux, malheureusement... L'hôpital est en surcapacité et c'est ce qui le tue à petit feu." [...]

"Cette surcapacité est d'abord patrimoniale (3 millions de mètres carrés de surfaces seulement hospitalières pour l'AP-HP – on exclut donc dans ce chiffre les logements, autres musées et fondations...)" [...]

"Concernant la surcapacité patrimoniale, je ne vois pas d'autres solutions, notamment dans les grands CHU (type AP-HP), que de fermer un établissement sur deux. [...]"

"Il y a également une surcapacité d'effectifs. Elle concerne surtout les CHU qui présentent des coûts de structure en termes d'effectifs administratifs qui vont du simple au double par rapport aux hôpitaux généraux et aux établissements du privé non lucratif et du privé commercial." [...] "Par ailleurs, on a assisté à une inflation du nombre de cadres de santé, ces vingt dernières années, que rien ne justifie sur le plan stratégique et médicoéconomique." [...] "Un des freins au pilotage de la masse salariale est naturellement la rigidité du statut de la fonction publique, qu'il faut revoir d'urgence et adapter..."

"Enfin, la surcapacité se matérialise aussi en terme d'acteurs de la gouvernance hospitalière." [...] "On peut distinguer la surcapacité institutionnelle et la surcapacité managériale à l'hôpital public."

"Surcapacité institutionnelle, car la gestion des établissements de santé passe aujourd'hui entre les mains de trop nombreux acteurs qui se ralentissent, se court-circuitent et pire encore se contredisent... Tout est pensé pour qu'aucun projet structurant ne puisse sortir." [...]

"Sur le plan institutionnel, il faut réduire fortement le nombre d'établissements publics qui ne soignent pas." [...] "Au lieu de dire que les dirigeants dirigent et que les médecins soignent, on a construit un système de gouvernance où tout le monde dirige... mais où personne ne gouverne." [...]

"Quant à la surcapacité managériale à l'hôpital public [...] Au lieu de dire que les dirigeants dirigent et que les médecins soignent, on a construit un système de gouvernance où tout le monde dirige... mais où personne ne gouverne.

[...] "il faut sortir le pouvoir médical de l'appareil décisionnel hospitalier public."

Conclusion : "Si aucune décision rapide n'est prise concernant ces trois facteurs, l'hôpital public implosera et donc le système de solidarité nationale qui faisait l'admiration de tous, implosera également."

Intéressant mais surprenant...

Alors on se renseigne sur l'auteur. Il se présente comme "Directeur d'hôpital, ancien Conseiller technique au Secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville". On trouve peu de chose. Un relais du côté du Nouvel Observateur. La fondation d'un club Génération HPST sur lequel on ne trouve pratiquement rien, ce qui n'aide pas beaucoup. L'animation de ce qui, sous le beau nom d'"Hôpital responsable", se présente comme "le think tank de l'hôpital public"²³. Son objet est sympathique : "Notre ambition est de repenser l'hôpital. Le tout hôpital est fini et une nouvelle politique de santé doit aujourd'hui émerger. [...] C'est pourquoi le think tank « Hôpital responsable » a choisi de mener ses réflexions, en réunissant le regard du gestionnaire et du médecin sur les grands thèmes structurants pour le paysage hospitalier que sont :

- l'optimisation de l'offre de soins
- la recherche de l'efficacité médico-économique de l'hôpital public".

Mais ce think tank semble peu nourri et peu productif.

Il propose quand même un "*Appel à Hollande, Sarkozy et Cie : l'hôpital doit soigner, pas faire des bénéfices*"²⁴ qui date de février. On tombe alors en terrain connu, et hélas moins "responsable" : "*ce n'est pas en partageant les missions de service public avec des acteurs du secteur privé qui ne jouent pas le jeu de l'intérêt général et qui n'acceptent que les soins à forte rentabilité financière, ni en cherchant une convergence tarifaire absurde entre le secteur public et les cliniques que l'hôpital public se transformera ; au contraire cela le tuera.*"

"*Nous ne faisons pas les mêmes missions que le secteur privé, nous ne programmons pas nos séjours hospitaliers, nous ne choisissons pas nos patients et il est donc logique que nos coûts par séjour soient supérieurs à ceux du privé.*" "*Sauver l'hôpital public, c'est agir pour une société plus juste, une vision globale de notre avenir collectif*" "*la République doit y investir pour économiser, peut-être... demain.*"

Alors, que faut-il en penser ? Que, malgré tout, l'hôpital se réveille ou que certaines voix commencent à s'y faire entendre, au sein même de ses représentants un peu caricaturaux ? On reste néanmoins perplexe. Provocation ? Vraie réflexion ? Retour du réel ? "Signal faible" ou "épiphénomène" ? Etrange car cela vient du sérail. En tous les cas il nous a semblé utile de signaler cette "tribune" à nos lecteurs...

Le Procès d'Epinal

Le procès des surirradiés d'Épinal s'est ouvert cette semaine. Il va durer 6 semaines.

La presse s'en fait largement écho. La SFRO a publié un communiqué²⁵.

En tant que professionnels le temps n'est pas venu des commentaires. Il est trop tard ou trop tôt. Nous avons tous fait des progrès dans notre capacité à gérer le risque et c'est heureux. C'était bien le minimum. Comme le dit Bruno Chauvet²⁶, "*« Epinal a amené la profession à se remettre en cause », il rappelle la « réflexion collégiale » rapidement engagée pour comprendre ce qui s'était passé.*"

La SFRO fait son travail en proposant une aide ou de l'information à "*ceux qui seraient contactés par des journalistes pour avoir des informations sur la radiothérapie*"²⁷. Elle a tenu son congrès cette semaine, il n'y avait pas de raison de le décaler. Elle travaille à l'élaboration d'un "livre blanc" pour préparer l'avenir. Le SNRO²⁸ a tenu son Assemblée générale statutaire. L'ASN²⁹ n'a pas retardé l'officialisation de son programme d'inspection 2012. Au regard de son bilan et des progrès accomplis en matière de sécurité des traitements, les centres de radiothérapie ne seront plus contrôlés que tous les deux ans, hors situations prioritaires (centres considérés comme fragiles au regard des ressources humaines ou d'organisation lors des précédentes inspections, centres en retard

sur la mise en œuvre des exigences en matière d'assurance qualité, centres ayant fait l'objet de signaux d'alerte, centres n'ayant déclaré aucun événement significatif de radioprotection depuis 2 ans). Bien sûr, les inspecteurs de l'ASN pourront faire des visites inopinées ponctuelles pour vérifier notamment les obligations réglementaires de présence. La vie ne s'arrête pas sous prétexte d'un procès.

Mais, pour nous professionnels, le temps du procès est et doit rester un temps de discrétion dans les déclarations publiques. Le procès fini, viendra sans doute le temps des commentaires sur notre situation, sur les progrès accomplis et sur ce qui reste à faire.

Le temps sera aussi, espérons-le, à une déclaration commune de tous les acteurs pour rappeler ce qui a été entrepris de façon collective, en associant tous les acteurs autour de feuilles de route contraignantes, avec un Comité national rassemblant tout le monde, avec des contrôles renforcés de tous et de chacun. Avec aussi une mise en perspective de ce qui reste à faire, en particulier pour maîtriser les risques nouveaux liés aux innovations tant matérielles que logicielles, de ce qui fait unanimité et de ce qui ne le fait pas, sur les moyens de continuer à progresser, en particulier notre capacité à nous coordonner dans notre Comité national.

En attendant, suivons le procès et respectons le déroulement de la Justice.

¹ *Quelques heures de printemps* - Réalisé par Stéphane Brizé - Avec : Vincent Lindon, Héléne Vincent, Emmanuelle Seigner - Distributeur : Diaphana - Durée : 1 h 48 min
Cf. notre mail UNHPC 12/558 du lundi 24 septembre 2012, dossier 12-7

- ² Joséphine Bataille - *Fin de vie : la mission Sicard à l'écoute des citoyens à Strasbourg* - La Vie du 21 septembre 2012
- ³ Joséphine Bataille, déjà citée
- ⁴ Les prochains débats publics auront lieu le 6 octobre à Montpellier, le 20 octobre à Lille, le 10 novembre à Clermont-Ferrand, le 24 novembre à Nantes, le 1er décembre à Toulouse, le 8 décembre au Havre et le 15 décembre à Paris. Trois déplacements à l'étranger sont prévus : à Lausanne (Suisse), à Bruxelles (Belgique) et à Amsterdam (Pays-Bas).
- ⁵ CCNE : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
- ⁶ Béatrice Gurrey - *La mission de Didier Sicard "à la rencontre des citoyens"* - Le Monde du 25 septembre 2012
- ⁷ Agnès Leclair - *Ouverture du débat public sur la fin de vie* - Le Figaro du 24 septembre 2012
- ⁸ Marine Lamoureux - *Un premier débat constructif sur la fin de vie* - La Croix du 24 septembre 2012
- ⁹ Joséphine Bataille, déjà citée
- ¹⁰ *Consultation nationale Accompagnement de la fin de vie - Un débat public... et bien des experts* - Les Dernières Nouvelles d'Alsace du 23 septembre 2012
- ¹¹ Stéphanie Cheffer - *La fin de vie en question* - L'Est républicain du 25 septembre 2012
- ¹² Agnès Leclair, déjà citée
- ¹³ Béatrice Gurrey, déjà citée
- ¹⁴ Agnès Leclair, déjà citée
- ¹⁵ ADMD : Association pour le droit de mourir dans la dignité
- ¹⁶ Béatrice Gurrey - *Le débat sur la fin de vie, entre posture et émotion* - Le Monde du 25 septembre 2012
- ¹⁷ Béatrice Gurrey - *La mission de Didier Sicard "à la rencontre des citoyens"* - Le Monde du 25 septembre 2012
- ¹⁸ Joséphine Bataille, déjà citée
- ¹⁹ Citons par exemple Jean-Roger Le Gall, Professeur, membre de l'Académie de Médecine - Tribune - *L'homicide volontaire n'est pas compatible avec l'éthique médicale* - Le Figaro du 24 septembre 2012
- ²⁰ Gilles Antonowicz, avocat, défenseur de Chantal Sébire et auteur du livre « Fin de vie » (L'Archipel) et Jean-Pierre Getti, président de Cour d'Assises - *Euthanasie* - Le Figaro du 24 septembre 2012. Cet article est d'autant plus important que, comme nous l'avons déjà signalé, l'ADMD a aussi refusé de participer aux travaux sur la sémantique de l'ONFV, prétextant que l'heure n'était plus à la réflexion mais à l'action.
- ²¹ ONFV : Observatoire national de la fin de vie
- ²² Jacques Touzard - Tribune Libre - *Il faut combattre d'urgence la surcapacité hospitalière* - Le Quotidien du Médecin 25/09/2012
- ²³ Hôpital responsable - Le think tank de l'hôpital public - Nos objectifs : <http://hopitalresponsable.wordpress.com/nos-objectifs/>
- ²⁴ Jacques Touzard, Directeur d'hôpital, ancien Conseiller technique au Secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville, Dr Gérard Kierzek, Médecin des hôpitaux - urgentiste, Secrétaire Général de l'Association "l'Hôpital pour tous" - Appel à Hollande, Sarkozy et Cie : l'hôpital doit soigner, pas faire des bénéfices - 27 Février 2012
Cf. : <http://hopitalresponsable.wordpress.com/2012/02/27/appel-a-hollande-sarkozy-et-cie-lhopital-doit-soigner-pas-faire-des-benefices/>
- ²⁵ Communication de la Société Française de Radiothérapie Oncologique à propos du procès de l'accident d'irradiation survenu à Epinal - Paris, le 20 septembre 2012
Cf. <http://www.sfro.org/francais/index.htm>
- ²⁶ Président de la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO)
- ²⁷ Procès accident d'Epinal - La lettre de la SFRO - n° 3 Septembre 2012
- ²⁸ SNRO : Syndicat national des radiothérapeutes-oncologues
- ²⁹ ASN : Autorité de sûreté nucléaire

Fin de vie et autres faits d'actualité

- 📌 La fin de vie à la une
- 📌 Il faut sauver le soldat ACP
- 📌 Grande presse, surdépistage, surdiagnostic et surtraitement du cancer du sein
- 📌 Le Congrès national des réseaux de cancérologie
- 📌 Hommages au Président Couderc

Non !

**La question n'est plus
de savoir si vous
préférez mourir ou
continuer de souffrir
atrocement...**

Date de parution : lundi 8 octobre 2012

Mots types : Fin de vie - Soins palliatifs - Sondage - Mission Sicard - SFAP - J. Leonetti - HCSP - Le Pèlerin - ACP - Radiothérapie - Oncologie médicale - CNPath - SMPF - Rapport DGOS - ActuPath - Double lecture - Octobre rose - Dépistage - Que Choisir - BEH - Réseaux de cancérologie - Oncomip - B. Couderc - E. Bauvin

La semaine a été marquée par les premiers choix concernant l'ON-DAM. Hélas il n'y a pas grand-chose de nouveau. Le budget est "contraint", comme on dit. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas un gros travail pour nos Fédérations. Elles sont à la tâche.

Dans l'actualité foisonnante de la semaine, nous privilégierons donc aujourd'hui plusieurs autres sujets : la fin de vie qui a largement occupé les médias, Octobre Rose qui a permis à Que Choisir de relancer un débat public sur l'intérêt du dépistage du cancer du sein, les actions des pathologistes qui n'en finissent pas d'être maltraités, et enfin le Congrès national des réseaux de cancérologie qui s'est tenu à Toulouse et qui a

été l'occasion de rendre hommage au Président Bernard Couderc pour ses qualités d'homme, de médecin et de responsable hospitalier.

La fin de vie à la une

La fin de vie et les soins palliatifs ont de nouveau fait l'actualité. Films, reportages, sondage, conférence de presse, interviews, rapport... ont marqué la semaine. retenons ici le sondage du Pèlerin, les interviews de Jean Leonetti, la conférence de presse de la SFAP¹, et le rapport du HCSP².

Le sondage Ifop pour le Pèlerin³ est important. Il vaut d'être connu et travaillé. Non pas tant pour relire une fois de plus que "*les Français se disent favorables à une législation sur l'euthanasie*" mais pour deux autres raisons.

- Tout d'abord les résultats du sondage sont diffusés en détail. C'est une mine pour un approfondissement et une meilleure compréhension des opinions puisque ces résultats sont éclatés selon presque 50 critères différents (sexe, âge, profession, région, type d'agglomération, proximité politique, religion, niveau d'adhésion à l'euthanasie). Un vrai document de travail qu'il faut donc connaître et approfondir.
- Ensuite, ce sondage montre que, sur ce sujet, la majorité des Français ne connaissent pas leurs droits. Les conditions réelles de la fin de vie sont en fait largement inconnues. Du coup on est en grande partie dans le raisonnement souligné par Jacques Ricot dans Ouest France : "*Quand on demande aux Français s'ils préfèrent mourir dans des souffrances insupportables ou être euthanasiés, l'écrasante majorité des sondés choisit la deuxième option. Comment répondre autrement ? On en déduit benoîtement qu'il faudrait légaliser l'aide active à mourir. C'est là un raisonnement un peu court.*"⁴ La question sous jacente est : est-ce que ça les intéresse de connaître leurs droits ? Comme le souligne par ailleurs Marie-Frédérique Bacqué, psychologue, dans l'article du Pèlerin "*la vision de la mort a profondément évolué en France. On médiatise les morts collectives, les décès catastrophes, en occultant la mort habituelle liée au vieillissement*"⁵. D'après le sondage, 61 % des personnes interrogées n'ont jamais eu l'expérience d'accompagner un proche en fin de vie jusqu'à la mort. Cela nous fait mesurer s'il en était besoin l'intérêt et le danger de ce qu'on nous propose : une nouvelle législation. Faut-il hâter la fin de quelque chose d'inconnu et d'effrayant sur lequel on n'a pas prise ou faut-il le prendre en charge pour y échapper sachant que c'est possible et qu'on en a le droit ? Il reste beaucoup à faire pour informer les citoyens tant sur la réalité de la fin de vie que sur leurs droits, pour assumer dignement l'horreur de la mort plutôt que de venir à son secours.

Jean Leonetti devance cette semaine les travaux de la "Mission Sicard" et fait plusieurs propositions intéressantes et qui valent d'être discutées. Ces propositions concernent les directives anticipées. Rallonger la période de validité au-

delà des trois ans actuels ne posera pas problème. Renforcer leur côté contraignant vaut débat en effet. Jean Leonetti en situe lui même les difficultés : *"les directives anticipées sont une confrontation à sa propre mort. Cet exercice demande aussi d'imaginer que l'on n'est pas suffisamment conscient pour pouvoir la piloter. C'est une double violence. Mais je ne crois pas que cette démarche doive être systématisée. Il faut avant tout qu'elle soit utile, qu'elle rassure et garantisse une bonne organisation de la prise en compte de ces volontés"*.⁶

Jean Leonetti propose aussi de légiférer sur les *"situations particulièrement douloureuses"*. On est en droit d'être ici plus circonspect. Les élus peuvent en effet se pencher sur ces questions hyper complexes et hyper techniques, mais le fait qu'en plus elles soient extrêmement rares pose la question de l'intérêt de les porter au débat public en ce moment. On risque de favoriser une approche de type café du commerce. De quoi s'agit-il selon lui ? Du sort *"d'un nourrisson très grand prématuré promis à une vie végétative, d'un jeune cérébrolésé après un accident et sans espoir de retour à la conscience, etc..."* Comme le dit Jean Leonetti lui même : *"Je ne crois pas qu'il soit responsable et éthique de rendre à sa mère un bébé dont le cerveau comporte des lésions si graves qu'il ne pourra ni voir, ni marcher, ni penser, et qu'il ne pourra jamais établir aucune relation."*⁷ Mais alors, faut-il un débat public, faut-il une loi, est-ce vraiment le sujet ? On imagine la qualité du débat public s'il faut vraiment décider comme ça, en général et tout de suite du sort de ces malheureux !

On passe d'un extrême à l'autre lorsque le même Jean Leonetti nous propose ensuite de débattre du conflit de valeurs *"entre une éthique de la vulnérabilité - veiller à protéger les plus fragiles de la société, parfois contre eux-mêmes - et une éthique de l'autonomie - fondée sur la liberté de décider pour soi-même, jusqu'à la décision ultime de vivre ou de mourir"*. Certes ! Mais qu'il est difficile de trouver le bon angle pour alimenter en vérité un débat public sur ces questions !

Cette semaine encore, **la SFAP a fait une conférence de presse** pour proposer elle aussi des mesures d'adaptation de la loi sur la fin de vie. Très bien. Nécessaire certainement. C'est aussi une manière d'attirer l'attention des médias et de pouvoir s'exprimer. Il faut, là aussi, regarder ces propositions avec soin, puisqu'il "faut" en trouver pour nourrir le futur texte qu'il "faut" sortir. De nouveau, des idées sur les directives anticipées avec la constitution d'un fichier accessible. Très bien. Mais lorsque la SFAP propose que les infirmières puissent déclencher la "procédure collégiale", on s'interroge. Bien sûr qu'elles doivent pouvoir le faire ! Si elles ne le peuvent pas dans votre établissement, il y a un vrai problème et plutôt qu'attendre une loi, il vaudrait mieux changer vite le directeur car il y a chez vous un vrai problème de direction et il faut vite vous sortir de cette situation intolérable ! Rappelons une fois encore ce qu'on oublie souvent en santé tant la confusion est grande entre l'Etat gestionnaire et l'Etat législateur de fait. Dans un pays démocratique le droit est fait pour dire ce qui est interdit, pas ce qu'il faut faire. Ce sont les dictatures laïques ou religieuses qui font du droit pour dire ce qu'il faut faire. Même le très

vieux Moïse a résisté, lorsqu'il instaurait les tables de la loi en édictant ses dix commandements il n'a pas dit ce qu'il fallait faire mais bien ce qu'il convenait de ne pas faire ! A chaque fois qu'on légifère pour dire ce qu'il faut faire il faut se poser et bien peser les effets pervers, comme on dit chez nous ! Faut-il vraiment pousser encore et toujours à l'écriture de textes supplémentaires, aller toujours plus loin dans la loi ou affirmer des droits, poser des cadres et assumer ses responsabilités ?

Sur la mission Sicard, tout est dit ou presque par Vincent Morel lorsqu'il répond dans le Monde à la question *"Qu'attendez-vous de la mission Sicard sur la fin de vie ? : Qu'elle montre la complexité du problème et ne centre pas la question de la fin de vie sur la seule dépénalisation de l'euthanasie. Il nous faut réfléchir à la manière dont la société aborde aujourd'hui la question de la mort, du vieillissement, de la dépendance et la perte d'autonomie. Nous considérons qu'il ne faut pas aller au-delà de la loi Leonetti, mais l'améliorer et la faire mieux appliquer : informer les professionnels et le grand public, faire en sorte que la prise en charge palliative soit plus précoce, améliorer les directives anticipées et les procédures collégiales de décision des médecins."*⁸

Comme ne pas signaler enfin l'intéressant et très sérieux travail entrepris par la Commission spécialisée "Evaluation, stratégie, prospective" du HCSP, à la demande de Régis Aubry. Le HCSP l'a fait paraître cette semaine sous le titre **"Propositions pour l'évaluation du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012"**. On n'est plus dans le débat. On est dans la soute, là où se fait le travail. *"La question est celle de la mesure de l'impact et des effets positifs ou délétères qu'a produite le programme"*. *"L'objectif général du programme est la modification de la culture des soins palliatifs en France."* La question pourrait donc être formulée comme suit : *dans quelle proportion les mesures du programme ont-elles permis d'atteindre ces deux objectifs initiaux ? Quelles ont été les mesures les plus efficaces et qui ont l'impact le plus élevé ? Quelles sont celles qu'il conviendra de systématiser et amplifier à l'avenir ? Quels sont les principaux problèmes rencontrés qui ont freiné l'atteinte de l'objectif ?"*

A lire d'urgence dans tous nos services de soins palliatifs ! Loin des proclamations véhémentes du débat public, ce rapport rend humble et montre une part du chemin qu'il reste à parcourir ! Il propose une méthode pour mieux évaluer.

Vaste chantier ! Surtout celui du débat public auquel on nous convie. Difficile mais nécessaire. Lors du Congrès des réseaux on a entendu certains médecins inquiets : *"si la loi m'oblige à tuer, qu'est-ce que je fais, moi ?"* On n'en est pas là et si on s'en approche, il faudra bien introduire dans la loi un droit d'objection. Effrayant ! Mais pour ne pas en arriver là il faut être présent dans les débats actuels. Oui, vraiment, c'est aussi nécessaire que difficile

Il faut sauver le soldat ACP⁹ !

Ah qu'il est difficile d'être à la fois très utile, très peu nombreux et très peu cher dans un système de santé administré ! La seule façon de vous faire entendre est d'avoir un accident tragique et repris par les médias. Alors tout le monde vous tombe dessus, quitte à vous imposer à grand renfort de rodomontades et de postures ce que vous demandiez avec insistance depuis des années ! Dans un système administré il ne sert à rien d'être utile et efficace si l'on n'est pas gros en structure ou en masse de "dépenses".

Il a fallu Epinal pour que le livre blanc de la **radiothérapie** soit pris en compte et encore prend-on soin d'écarter les libéraux de toute reconnaissance et de tout soutien spécifique alors qu'ils sont majoritaires en activité. Honteux, nous savons tous, hélas, qu'il leur faudra un mort pour faire sauter les blocages et les conflits d'intérêts les concernant au sein de la bureaucratie qui nous gouverne... Heureusement les radiothérapeutes savent garder leur unité, faire vivre leur société savante commune et préparer ensemble leur avenir.

Il n'y a pas eu de scandale public en **oncologie médicale**, elle n'existe donc pas, malgré les engagements des trois Plans Cancer successifs et l'attention portée à cette spécialité dans tous les autres pays développés. Quel est le responsable politique ou le "décideur" qui ne s'est gargarisé avec la nécessité de payer certains actes ou certaines spécialités au forfait ? Il y a plus de dix ans que la réforme du K15, encensée par tout le monde, est couchée sur le papier. On a même eu des Ministres qui, dans de grandes colères, nous promettaient son application "dans les 15 jours". Rien, rien, rien, sauf la DGOS¹⁰ et l'INCa¹¹ qui se réveillent de leur torpeur coupable devant quelques petits tiraillements dus à la mise en place de critères de qualification minimums et très prudents. Les ARS¹² retardent ou, parfois, autorisent en contradiction avec les critères légaux. Finalement DGOS et INCa choisissent de mettre en place une politique de déqualification exactement contraire aux exigences de qualité des soins proclamées. Pire, les oncologues médicaux découragés jettent collectivement l'éponge et nous savons que, plus rien ne motivant les jeunes à se former, ils ne le feront plus. L'oncologie médicale française est sinistrée par la volonté et/ou l'incurie des décideurs et elle s'enfoncera d'autant plus vite que les oncologues sont tellement découragés qu'ils ne se battent même plus.

L'anatomie et cytologie pathologiques, qui connaît ? Ils sont très peu nombreux, ils ne coûtent rien. Alors, pourquoi s'intéresser à eux ?! On peut donc proclamer depuis 10 ans dans tous les rapports qu'ils sont le "*pivot indispensable, incontournable*" de la cancérologie, ils comptent tellement peu que l'INCa les maltraite et les manipule impunément afin de privilégier quelques réseaux d'amis et de restructurer artificiellement la profession en faveur de ces "amis" sans considération pour la qualité de leurs prestations. Mais les anatomopathologistes, nous l'avons souvent souligné ici¹³, sont admirables. Ils ne se découragent pas. Alors que tout est fait à grand renfort de subventions et d'injonctions plus ou moins réglementaires pour organiser la guerre civile entre eux, ils savent maintenir l'unité dans leurs organisations représentatives, le

CNPath¹⁴, l'AFAQAP¹⁵, la SFP¹⁶, la SFCC¹⁷ et le SMPF¹⁸. C'est de façon unitaire qu'ils obtiennent finalement la création d'un groupe de travail à la, avec tous les acteurs. La DGOS, en effet, y convie tous les acteurs y compris la CNAM¹⁹ et y compris l'INCa, en théorie responsable du dossier. Une animation courageuse, clairvoyante et empreinte d'un vrai sens du service public débouche sur la publication d'un "Rapport" en avril dernier²⁰. Ce rapport fait état d'un diagnostic partagé et de préconisations tout aussi partagées. Nous serons amenés à en reparler car le SMPF, pour éviter qu'il ne tombe dans l'oubli, a décidé de le publier sous forme de livre et de le diffuser avec un additif fait sous forme de complément d'analyses et de propositions, par sa section libérale. Ces livres devraient paraître dans les toutes prochaines semaines.

Cette semaine le SMPF diffuse un numéro de sa publication Actu-path²¹ entièrement consacré à la "**double lecture systématique**". Nous avons souvent parlé ici même de cette initiative de l'INCa²². Nous recommandons la lecture de ce numéro spécial car il reprend les publications des trois organisations CNPath, AFAQAP et SMPF sur le sujet. Compte tenu des enjeux - qualitatifs, économiques, stratégiques... -, et en attendant les deux livres dont nous venons de parler, pas un directeur, pas un chirurgien, pas un oncologue, quelle que soit sa spécialité, pas un 3C ne devrait se priver de sa lecture, et, si ce n'est déjà fait, d'un débat sur ce sujet. Le débat peut paraître très technique et, ne serait-ce que pour se comprendre, il faut distinguer "*double lecture systématique*" et "*second avis*". Ce dossier y aide.

Les anapth ne se découragent pas. Ils trouvent des moyens "innovants" pour se faire entendre. Il y a ces deux livres à paraître : il est rare de republier les rapports de l'administration pour l'aider à prendre au sérieux ses propres conclusions !... Ils ne lâchent pas sur la double lecture systématique et continuent, entre autres, à exiger de vrais experts, à demander de vrais contrôles de leurs diagnostics, pour tous, et des audits des "réseaux" labellisés INCa qui soient indépendants, sans conflits d'intérêts, autrement dit qu'on cesse de confondre juges et parties. C'est ainsi que, cette semaine "*le SMPF²³ demande à l'ensemble des pathologistes de ne mettre plus aucune proposition diagnostique lors des envois de lames/bloc au réseau sarcome et de refuser que leur compte rendu ACP (que vous pouvez adresser à vos correspondants) soit communiqué au réseau. Nous vous recommandons de ne joindre qu'une fiche de transmission neutre (sans nom de préleveur, ni de clinique d'origine) en précisant simplement l'identifiant patient et les renseignements cliniques dont vous disposez. Cette obligation de travailler en « double aveugle » pour le réseau n'entraînera aucun risque de perte de chance pour les patients et évitera de dénigrer les pathologistes français. Le réseau sera en effet dans l'incapacité de publier ses résultats.*"²⁴

Une fois de plus leur combat mérite d'être soutenu. Il mérite aussi notre mobilisation pour le faire connaître. Sans exagération, il en va de la qualité et de l'efficacité de nos prestations de demain. C'est une raison supplémentaire, s'il en manquait. L'ACP étant le "*pivot indispensable, incontournable*" de la cancérologie, c'est toute la cancérologie qui est concernée²⁵.

Grande presse, surdepistage, surdiagnostic et surtraitement

A l'occasion d'Octobre rose, Que Choisir²⁶ relance le débat sur l'**utilité du dépistage du cancer du sein** dans le grand public. Le Monde le relaie²⁷.

Qu'il y ait des débats cela est souhaitable. Leur reprise dans le grand public oblige cependant à une grande prudence. Les études statistiques ne sont pas facilement compréhensibles. En tant qu'individu, on se défend facilement en disant "*je ne suis pas une statistique*". Certes. Mais lorsque la statistique me fait un peu peur, je me prends facilement pour une statistique. La communication en la matière est donc difficile. Le boomerang peut facilement se mettre en place. On le voit hélas avec la vaccination, même pour la vaccination contre la grippe des personnes âgées ! Prudence ne veut pas dire renoncement. Prudence donc en matière de communication sur des sujets complexes... et travail pour ceux qui peuvent nous faire progresser par leurs études.

Le débat est aussi un débat entre épidémiologistes et cliniciens. De ce côté-là, celui des cliniciens, comment ne pas noter les immenses progrès dus en grande partie au dépistage. Les tumeurs de moins de 3 cm étaient quasi inexistantes, elles sont devenues quasi exclusives, au moins dans nos pays. La mutilation des femmes reste un problème, mais il a changé de nature. C'est un problème de sein. Encore récemment on allait très au-delà et l'ablation du pectoral faisait partie du standard. Les courbes de survie étaient effrayantes. Incontestablement, en matière de cancer du sein nous avons changé de monde. Le dépistage y est pour beaucoup. Cela ne veut pas dire qu'il ne reste pas beaucoup à faire, mais il faut se souvenir d'où l'on vient pour ne pas mettre le petit doigt dans ce qui serait vite la source de régressions terribles. De ce point de vue la position de la Ligue Nationale contre le cancer est significative.²⁸

Alors on nous parle de surdiagnostics²⁹. Il faudrait distinguer le surdepistage, le surdiagnostic et le surtraitement. Il y a en effet plusieurs sujets :

- pour le surdepistage, il n'y a pas de surdepistage en cas de cancer invasif. Le problème se pose dans les cancers in situ dont on connaît parfois mal l'évolution et qui peuvent rester muets très longtemps. Faut-il parler de surdepistage ou de prudence ? Le colloque singulier avec un patient informé est ici comme ailleurs, central, même si la décision reste toujours incertaine.
- il y a un surtraitement dû à nos connaissances insuffisantes en matière de sélection des patients réceptifs aux traitements connus. Au-delà de la chirurgie, on traite encore majoritairement avec les "vieilles" techniques de la chimiothérapie, c'est-à-dire avec un niveau de sélection qu'on aimerait plus discriminant mais que nous ne pouvons pas atteindre. Les patientes ne le contestent pas. On sait fort bien que beaucoup de patientes n'en tireront pas profit, d'autres seront sauvées ou bénéficieront d'une rémission longue. Le problème est qu'on ne sait pas qui et pour en sauver quelques-unes, on traite presque tout le monde. On commence à savoir un peu qui peut bénéficier

de tel ou tel traitement. C'est, par exemple, la révolution de l'Herceptin grâce à la détermination du statut HER2³⁰ par le pathologiste. On a donc un début d'espoir de réduction significative de ces "surtraitements", grâce aux thérapies ciblées. On peut espérer que les techniques dites "omiques" (génomique, protéomique, métabolomique, transcriptomique, épigénomique,...)³¹ amèneront les entreprises pharmaceutiques à abandonner graduellement la fabrication de médicaments à large spectre (avec une déchéance corrélative du modèle blockbuster), pour les remplacer par des médicaments conçus sur mesure pour chaque patient.

- un autre sujet est celui de la prise en charge. Là aussi nous avons progressé. L'organisation de la prise en charge est claire : dépistage, biopsie, interprétation, diagnostic d'un cancer, réunion de concertation pluridisciplinaire, application des référentiels après décision conjointe avec la patiente.

Dans ce cadre d'où peut venir le surtraitement ?³² Il ne reste plus que l'erreur de diagnostic ou la mauvaise pratique. Le risque de mauvaise interprétation histologique souligne l'importance de l'anatomopathologie, de sa qualification et donc des débats actuels sur son devenir. S'il faut prendre un exemple, prenons celui des lésions intracanalaires, pour lesquelles il est peut-être difficile de différencier les lésions de haut grade de celles de bas grade. La frontière est parfois ténue en histologie.

Globalement notons que le surdiagnostic en anatomopathologie est quasi inexistant pour les cancers infiltrants. Il existe, par contre, pour les carcinomes in situ, nous l'avons évoqué : bas grade versus haut grade. On peut espérer que de nouveaux biomarqueurs permettront de détecter les mauvais pronostics qui évolueront, mais on ne peut reprocher au pathologiste une trop grande prudence.

La question du surdiagnostic n'est plus alors celle du dépistage : c'est celle de la qualification du pathologiste, éventuellement de deux pathologistes, puisque la prudence aura sans doute amené à un second avis, puis c'est celle du respect des bonnes pratiques de prise en charge.

La question des surtraitements devient celle de la qualification, des bonnes pratiques, de leur évaluation et de leur contrôle. Elle est donc beaucoup plus chez nous, soignants, que dans le dépistage.

Reste que si le dépistage est utile, il l'est³³, il doit encore se développer pour atteindre les taux ou les seuils recommandés pour être efficaces. Ces débats-là sont plus rares. Comment atteindre les populations défavorisées, comment convaincre les femmes éloignées du système de soins, comment convaincre celles à qui nos débats font peur ou celles qui s'effrayent plus de l'examen que de la réalité à laquelle il leur permettra d'échapper³⁴. On est là dans la communication, dans la sociologie, dans l'attention aux plus défavorisés, dans le travail diversifié sur le terrain, dans la revalorisation du rôle du généraliste, dans la formation des citoyens sur leur corps. Le dépistage est en France bien organisé et une génération de radiologues s'y est consacrée de façon admirable³⁵. Reste à faire monter plus vite le taux de dépistage dans les départements qui sont en retard. Là est, pour nous, l'impératif de santé publique. Cette semaine, la lecture du BEH³⁶ vaut mieux que la lecture de Que Choisir. La question est

donc aussi de savoir comment instiller un peu du BEH dans Que Choisir et dans Le Monde autant que dans nos quartiers et nos villages.

Le Congrès des réseaux de cancérologie

Le troisième Congrès national des réseaux de cancérologie qui s'est tenu cette semaine à Toulouse a été un succès. C'est en fait la huitième fois que s'organise ce congrès qui avait au début le nom d'Assises des réseaux. 500 inscrits. Des participants très présents y compris dans les sessions de vendredi après midi. C'est un bon indicateur. 15 sessions (4 plénières et 11 ateliers), 1 workshop sur l'Oncopole de Toulouse, 1 session "posters", 59 interventions.

Ce congrès donnait le sentiment d'une vraie maturité. Les premières années, il y a eu la phase militante. Puis il y a eu la phase mode, avec une forte implication des tutelles. Ces dernières ont ensuite en grande partie disparu, au moins en ce qui concerne les principaux responsables et la DGOS. La mode est passée à autre chose et les budgets ont commencé à se tendre et à diminuer. Il faut bien le dire aussi, la qualité des interventions a alors parfois baissé. Certains s'en inquiétaient et ont décidé de ne plus participer chaque année. Et bien cette année fut de grande qualité. C'est en cela que l'on peut sans doute parler de maturité. Les temps sont durs. Chacun le sait, mais aucun des intervenants ne s'est permis de geindre. La DGOS ne vient pas. Ce n'est pas un scoop et donc personne ne le souligne. Par contre les interventions sont de bon, parfois de très bon niveau. Les réseaux de cancérologie existent. Ils travaillent. La vie est dure. Là n'est pas le sujet primordial : il faut progresser dans nos pratiques, il faut confronter les expériences. Les faits sont là, ils finiront bien par s'imposer.

Chapeau donc aux orateurs, aux participants, très présents et très actifs, et surtout aux organisateurs. Il s'agissait cette année du réseau ONCOMIP³⁷ et donc du Président Bernard Couderc, de son coordinateur le Dr Eric Bauvin³⁸ et de leurs équipes avec un comité scientifique représentatif des réseaux de cancérologie.

Parmi les présents il faut noter beaucoup plus de représentants de la région d'accueil, Midi Pyrénées, ce qui n'était pas le cas les années précédentes et souligne un talent d'animation et de conviction des organisateurs. Dans la salle on relevait aussi des prises de paroles de médecins généralistes, de présidents de sociétés savantes... Cela aussi est un bon indicateur du fait que les réseaux prennent leur place.

Les présentations seront téléchargeables très rapidement sur le site de l'ACORESCA et sur celui d'ONCOMIP.

De façon courte et subjective qu'est-ce qu'on peut retenir comme ressortant plus fortement de ces deux jours ?

Lors de la première session plénière, la très bonne analyse de Gérard Mick vice président de l'Union Nationale des Réseaux de Santé³⁹ sur la confusion

régnante. La mode est à la coopération, à la coordination. Tout est donc "*coopération*", "*coordination*". Plus personne ne s'y reconnaît, le désordre s'étend. Le droit n'est pas adapté. Les modes de financement non plus. Les champs de responsabilité pas plus. Les réseaux ne sont plus à la mode. Les tutelles les oublient donc, oublient qu'ils sont très souvent les mieux placés pour exercer les responsabilités et les fonctions que l'on confie à d'autres à grand renfort de "*politiques innovantes*"... La finalité de la coordination est détournée : il s'agit moins de gérer le parcours du patient que de gérer la complexité du système.

Durant ce Congrès, les relations ville-hôpital ne sont pas un vain mot. Le congrès n'est pas non plus la réunion des chasseurs de primes opportunistes. Non. Les expériences sont réelles, même si elles restent souvent embryonnaires. Mais, quand on entend le Président d'une de nos grandes sociétés savantes dire au milieu d'une phrase, comme s'il s'agissait d'une évidence, "*quand on parle réseau cela veut dire « retour sur le terrain »*", quelle meilleure reconnaissance de la réalité de pratiques vraies ?⁴⁰

A souligner aussi : la montée en puissance des soins de support et la bonne articulation avec le travail de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS)⁴¹. Son Président Ivan Krakowski y est sans doute pour beaucoup, mais le travail de beaucoup de membres actifs de nos réseaux aussi. Citons en particulier le très bon et le très important travail qui est fait en matière de référentiels⁴².

Il faudrait citer aussi, un atelier sérieux et serein sur les décisions d'arrêts ou de limitation des traitements, un atelier qui a osé s'affronter à l'évaluation des délais de prise en charge, un bilan réaliste des EMRC⁴³ et bien d'autres comme la plénière sur "*activité physique et cancer*". L'intervention du Dr Alain Marre (Rodez) en résumait beaucoup d'autres lorsqu'il affirma : "*il y a encore trois ou quatre ans lorsqu'un malade me disait « je suis fatigué » je lui disais « il faut vous reposer ». Maintenant je trouve les mots en fonction de ce que je connais de lui pour lui faire comprendre qu'il faut se bouger*" et de donner des exemples concrets pour ceux que l'on ne peut convaincre de faire du sport : "*ce n'est pas vous qui allez chercher le pain ? Il faudrait*" ou "*pourquoi ne pas aller avec votre mari pour promener le chien ?*". Cela donne la mesure des changements de comportements et de prescriptions sur ces sujets. Bien sûr les nombreux résultats probants de la littérature ont été rappelés. Mais surtout des exemples concrets, raisonnés, convaincants et parfois surprenants (l'escrime proposée avec succès à des femmes de plus de 50 ans rétives au sport !) ont montré que les réseaux devaient s'investir sur ce champ aussi. Ils devraient aussi le faire en pluriprofessionnalité : les représentants de plusieurs Fédérations sportives témoignaient là encore d'une prise de conscience importante. Aucun médicament ne nous a jamais apporté autant de résultats que le sport. C'est bien une découverte étonnante mais majeure et le temps est venu d'en tirer toutes les conséquences.

Bref, un congrès réussi, nourrissant et utile. Malgré les difficultés les réseaux continuent de progresser et de montrer leur utilité. Bravo encore et grand merci aux organisateurs ! Bon vent à ONCORIF⁴⁴ qui prend le relais. La barre est

maintenant placée haut. Il n'y pas de raison qu'elle n'y reste pas. L'avenir appartient en grande partie aux réseaux !

Hommages au Président Couderc

En fait il y a eu un autre événement marquant lors de ce congrès. C'était comme un fil conducteur. Nous l'avons dit, ce congrès se déroulait sous la présidence du Président d'ONCOMIP, Bernard Couderc, oncologue radiothérapeute, qui est aussi Président de RESOMIP, la Fédération des réseaux de Midi-Pyrénées, de l'UNHPC et du CNC⁴⁵. En fait jeudi soir un Conseil d'Administration d'Oncomip entérinait la nomination du Pr Rosine Guimbaud professeur de cancérologie digestive et oncogénéticienne à l'Institut Claudius-Regaud et au CHU à la Présidence d'ONCOMIP et la nomination de Bernard Couderc comme Président d'honneur. La passation de pouvoir après 8 ans de Présidence était prévue de longue date.

Alors les hommages se sont succédé. Impressionnants car sincères, souvent imprévus, unanimes autant que divers.

Dès la première plénière, le congrès a entendu les hommages appuyés de Xavier Chastel, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, puis ceux de Pierre Cohen, Maire de Toulouse, Président de Toulouse Métropole et de l'Oncopole puis ceux de Jean Tkaczuk, Président de la commission Recherche à la région Midi-Pyrénées. Peu après ce fut Jean-Louis Bensoussan, généraliste, Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées.



Le Président Couderc dans la salle des Illustres, au Capitole, à Toulouse le jeudi 4 octobre 2012

Le soir il y avait réception à la Mairie de Toulouse et l'équipe municipale mettait en avant le médecin libéral, patron de clinique, qui fédérait tout le monde autour de lui sur une même conception du service public. On sentait autant d'étonnement que d'admiration chez certains orateurs, sans doute peu coutumiers de la défense des cliniques ou de la médecine libérale.

Le dîner de gala avait lieu à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, superbe emblème de l'histoire hospitalière régionale, inscrit sur la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO et siège du CHU. A la surprise de l'intéressé, c'est le Directeur Général du CHU, Jean-Jacques Romatet qui a pris l'initiative d'un hommage formalisé à l'homme autant qu'au médecin, à l'hospitalier autant qu'au Président,

à la culture autant qu'à l'humanité de l'homme. Son témoignage était d'autant plus impressionnant qu'il était à contre-courant du politiquement correct du moment. C'est l'hospitalier exemplaire, inventeur, entrepreneur autant que leader clairvoyant qui était mis en avant par un représentant connu de

l'hospitalisation publique ! Moment rare. Jean-Jacques Romatet rappela l'état dans lequel était le réseau il y a 8 ans, hiérarchique, centralisateur et aspirateur. Il rappela le rôle de Bernard Couderc pour mettre sur pied un réseau radicalement nouveau et opposé dans sa conception comme dans sa structure, la fermeté du Président pour "*tenir la ligne*", sa capacité à rassembler public, privé, Toulouse, Albi, Castres, Rodez autant que Tarbes, Foix ou Montauban et au total pour transformer un réseau mort en un réseau vivant et créatif au service de tous.

Le Pr Michel Attal, hématologue, Directeur général de l'Institut Claudius Regaud prit la parole derrière le Directeur du CHU en racontant trois anecdotes concernant le Dr Couderc qui l'ont particulièrement marqué dans sa vie professionnelle : l'une sur une inclusion dans un essai clinique "*qui lui a ouvert les yeux*" dit-il "*sur le fait que dans le privé aussi il y avait des professionnels pour lesquels l'intérêt du patient passait avant tout*", l'autre sur un plaidoyer aussi violent que solitaire, face à une assemblée hostile, pour des réseaux non pyramidaux et partenariaux qui lui ont fait penser en silence "*cet homme est tout seul, il est surprenant, mais quelque chose me dit qu'il a raison*", la dernière concernant la création du réseau HEMATOMIP avec le soutien du Président d'ONCOMIP. C'est ce soutien aussi inattendu que confraternel et confiant qui a ensuite permis la fusion des deux réseaux, souligna le Pr Attal.

Eric Bauvin, avec la complicité discrète de l'épouse de Bernard Couderc termina cet hommage tripartite en commentant avec beaucoup d'humour toute une série de photos surprenantes pour ceux qui ne connaissaient pas Bernard Couderc. Celles le montrant en coureur moto du Mans et du Bol d'Or en surprisent plus d'un qui apprirent qu'il est encore le coureur le plus âgé qui ait couru sur ces circuits. D'autres de ces diapositives étaient désopilantes et traduisaient l'humour de notre Président Bernard Couderc, très ému mais hilare, prit à témoin Jean-Jacques Romatet du "*manque de respect de ces jeunes !*" Jean-Jacques Romatet lui remit alors, en connaisseur, une superbe makhila (canne bâton de berger basque). On pouvait lire sur le pommeau d'argent "*Quand tu bois au puits, souviens-toi de qui l'a creusé*". Tout un symbole !

Durant le dîner tout le monde commentait la dernière initiative du Président régional et départemental de la Ligue, Bernard Couderc : celle de faire illuminer le Pic du Midi en rose⁴⁶ pour sensibiliser toute la Région à l'importance du dépistage. Là encore il avait su convaincre, rassembler un artiste de renom international, Yann Kersalé, les institutions régionales, l'EDF, les responsables du Pic du Midi et beaucoup d'autres encore de mener une opération que tout le monde, au départ, jugeait impossible. Mais, le lendemain, à la seconde de la clôture du Congrès, Bernard Couderc filait prendre le dernier téléphérique du Pic du Midi pour assister, là-haut, à cette illumination, avec de nombreuses personnalités régionales.

Vraiment, de beaux et de multiples hommages donc. Tous, dans leur diversité, nous faisaient honneur au travers de la vie et de l'œuvre de Bernard Couderc, de la conception et de la pratique de la médecine qu'il a toujours su promouvoir.

Nous les savons mérités, ces hommages. Merci Président !

-
- ¹ SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- ² HCSP : Haut conseil de la santé publique
- ³ IFOP, Le Pèlerin - Les Français et la fin de vie - Résultats détaillés - Septembre 2012 - JF/EP N° 110670 Contacts IFOP : Jérôme Fourquet / Esteban Pratviel Tél : 01 45 84 14 44 - jerome.fourquet@ifop.com - Publié par le Pèlerin du 3 octobre 2012
Cf. mail UNHPC 12/579 du 4 octobre 2012
Ce questionnaire, auquel ont répondu plus de 2000 personnes, aborde la question de la fin de vie sous différents angles :
- L'expérience de l'accompagnement d'un proche en fin de vie jusqu'à son décès.
 - Les conditions du décès de la personne accompagnée
 - Les craintes les plus vives concernant sa propre fin de vie
 - La place accordée à la religion dans sa propre fin de vie
 - Le jugement sur la pertinence de la loi sur la fin de vie en France
 - Les raisons d'adhésion, ou de non-adhésion, à la légalisation de l'euthanasie
 - Le niveau d'adhésion à la légalisation de l'euthanasie
- ⁴ Jacques Ricot, philosophe, auteur d'Éthique du soin ultime, Presses de l'EHESP - Editorial - *Euthanasie et soins palliatifs* - Ouest France - jeudi 4 octobre 2012
- ⁵ Citée par Le Pèlerin du 3 octobre 2012
- ⁶ Jean Leonetti - *Les Français ont tous peur de partir dans la souffrance* - Propos recueillis par Agnès Leclair - Le Figaro du 5 octobre 2012
- ⁷ Jean Leonetti, député UMP des Alpes-Maritimes - Entretien - *La loi sur la fin de vie pourrait être amendée sur deux points* - Recueilli par Bernard Gorce et Marine Lamoureux - La Croix du 4 octobre 2012 - Repris par plusieurs autres organes de presse
- ⁸ Vincent Morel, président de la Société française de soins palliatifs interrogé par Cécile Prieur - *Fin de vie : "Donner la mort ne relève pas de la médecine"* - Le Monde du 4 octobre 2012
- ⁹ ACP : Anatomie et cytologie pathologiques
- ¹⁰ DGOS : Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ¹¹ INCa : Institut national du cancer
- ¹² ARS : Agence régionale de santé
- ¹³ L'ACP a fait l'objet de mentions spécifiques dans plus de 17 de nos chroniques depuis 3 ans...
- ¹⁴ CNPath : Conseil national professionnel des pathologistes
- ¹⁵ AFAQAP : Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques
- ¹⁶ SFP : Société française de pathologie
- ¹⁷ SFCC : Société française de cytologie clinique
- ¹⁸ SMPF : Syndicat des médecins pathologistes français
- ¹⁹ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- ²⁰ Rapport "*Anatomie et cytologie pathologiques*" - DGOS - Daté du 15 avril 2012
Cf. notre mail UNHPC 12/325 du mercredi 9 mai 2012 ou http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Anatomie_cytologie_pathologiques.pdf en attendant la publication faite par le SMPF.
- ²¹ Actu-path : Actualités syndicales en Anatomie et Cytologie Pathologiques diffusées par mail par le Syndicat des médecins pathologistes français - n° du 3 octobre 2012 - *N TOMIE ET CYTOLOGIE P THOLOGIQUES, ou la perte du triple A* - 7 pages
"*Depuis 2009, plusieurs communiqués du CNPath, de l'AFAQAP et du SMPF, associations représentatives de la profession, ont critiqué la double lecture systématique telle qu'elle a été instaurée par l'INCa en 2009.*"
Cf. mail UNHPC 12/578 du jeudi 4 octobre 2012 ou : <http://www.smpf.info/actupath/article.php?idprod=887>

- ²² Sur ce sujet cf. entre autres, notre Chronique 2011/41 du lundi 17 octobre 2011 "*En anatomie et cytologie pathologiques, il faut appliquer le Plan cancer, enfin !*"
- ²³ Rappelons que le SMPF est un syndicat "tous statuts". Son Président actuel est le Docteur Guiu (Perpignan) et son Vice Président, le Pr Frédérique Capron (chef du service d'anatomie et cytologie pathologiques à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière - AP-HP)
- ²⁴ Cf. le numéro d'Actu-path déjà cité
- ²⁵ Signalons la parution cette semaine d'un numéro spécial de la Revue Oncologie, vol. 14, n° 9, septembre 2012, dossier DPC/CME, *L'anatomie pathologique en 2012 : évolution et perspectives* - Coordinateur : Emmanuelle Charafe-Jauffret.
Extrait de l'éditorial de E. Charafe-Jauffret : « ... se plaçant sans cesse plus en amont des décisions et choix thérapeutiques, l'anatomie pathologique a évolué avec les impératifs, contraintes et nouveaux développements des traitements ; ces évolutions thérapeutiques étant elles-mêmes largement alimentées par une définition nosologique de plus en plus précise des différentes entités pathologiques. L'anatomie pathologique doit faire face au tour de force de s'adapter à la double contrainte d'un diagnostic "intégré", précis, relatant les différents aspects génomiques et/ou moléculaires de la maladie, et de la définition de cibles thérapeutiques, ouvrant sur des parcours thérapeutiques personnalisés au sein d'une même pathologie » [...] « Possédant désormais un panel technologique très large dont l'histologie est le socle, le pathologiste pourrait se définir comme le pilote de l'ensemble des analyses qui vont se faire sur le tissu, afin de fournir à son homologue clinicien une définition de la maladie lui offrant la possibilité de faire le meilleur choix thérapeutique pour son patient. »
- ²⁶ Que Choisir Santé n° 65 - octobre 2012 - Dossier santé : *Dépistage du cancer du sein, un bénéfice douteux* - p. 4
Cf. : <http://kiosque.quechoisir.org/magazine-sante-quechoisir-65-octobre-2012/>
- ²⁷ Pascale Santi - *Mammographies : plus de mal que de bien ?* - L'association UFC-Que Choisir dénonce des diagnostics erronés liés au dépistage systématique du cancer du sein - Le Monde du mercredi 3 octobre, p. 29
- ²⁸ Argumentaire de la Ligue nationale contre le cancer du 27 septembre 2012
- ²⁹ "*Concernant le surdiagnostic : il est établi que certaines lésions détectées par la mammographie et traitées ne seraient pas développées ou n'auraient pas évolué et n'auraient été à l'origine d'aucun symptôme du vivant de la personne. Or, pour 1000 femmes soumises tous les 2 ans à une mammographie entre 50 et 69 ans, 7 à 9 décès sont évités et 4 femmes sont surdiagnostiquées. Le dépistage sauverait ainsi 2 fois plus de vies qu'il n'occasionnerait de surdiagnostic. Par rapport à une population non dépistée la réduction du taux de mortalité est de l'ordre de 15% pour les femmes de 50 à 59 ans et de 30% pour les femmes de 60-69 ans. Les traitements moins lourds peuvent être proposés grâce aux diagnostic précoce. Les bénéfices du dépistage sont supérieurs à ses risques.*"
- ³⁰ Argumentaire de la Ligue nationale contre le cancer du 27 septembre 2012
- ³¹ HER2 : Human epidermal growth factor receptor 2
Christine M. Micheel, Sharyl J. Nass, and Gilbert S. Omenn, Editors - *Evolution of Translational Omics: Lessons Learned and the Path Forward*. Committee on the Review of Omics-Based Tests for Predicting Patient Outcomes in Clinical Trials - National Academy of Sciences - Institute of Medicine (IOM) - March 23, 2012 - 260 pages
Cf. mail UNHPC 12/205 du samedi 24 mars 2012 ou <http://www.iom.edu/Reports/2012/Evolution-of-Translational-Omics.aspx>
- ³² Pour être complet, notons aussi que le surtraitement peut également provenir d'un surdépistage, c'est-à-dire d'une mammographie de dépistage faussement suspecte suivie d'un acte biopsique ou chirurgical inutile. Mais la double lecture puis la RCP permettent en principe de les rendre rarissimes.
- ³³ "*Les bénéfices du dépistage par mammographie l'emportent sur les risques*" - Stephen W. Duffy, Eugenio Paci - *Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein par mammographie* - InVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) - Numéro thématique : Dépistage organisé du cancer du sein - 26 septembre 2012 / n° 35-36-37 - p. 407

- ³⁴ Rappel : 40 % des cancers du sein sont encore pris en charge à un stade tardif.
- ³⁵ Cf. le rappel du schéma du dépistage organisé du cancer du sein en France selon le cahier des charges national (Journal Officiel du 21 décembre 2006) dans : Rosemary Ancelle-Park, Brigitte Séradour, Jérôme Viguière, Emmanuelle Salines - *Spécificités et perspectives du programme français de dépistage organisé du cancer du sein le numéro thématique* - BEH cité ci-dessous, p. 393
- ³⁶ INVS - Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Numéro thématique : *Dépistage organisé du cancer du sein* - 26 septembre 2012 / n° 35-36-37 - Sommaire :
Editorial - p. 389
Spécificités et perspectives du programme français de dépistage organisé du cancer du sein - p. 391
Incidence du cancer in situ et invasif du sein en France (1990-2008). Données des registres de cancers (réseau Francim) - p. 395
Evaluation du Programme national de dépistage organisé du cancer du sein en France : période 2004-2009 - p. 399
Sensibilité et spécificité du programme de dépistage organisé du cancer du sein à partir des données de cinq départements français, 2002-2006 - p. 404
Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein par mammographie - p. 407
Dépistage individuel du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France en 2009 - p. 410
Influence de l'environnement socio-économique et de l'offre de soins sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, Calvados (France), 2004-2006 - p. 435
Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010 - p. 417
Cf. mail UNHPC 12/561 du mercredi 26 septembre 2012 ou : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-35-36-37-2012>
- ³⁷ ONCOMIP : Réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées
Cf. : <http://oncomip.org/>
- ³⁸ Eric Bauvin est par ailleurs Président en exercice de l'ACORESCA : Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie
Cf. : <http://www.acoresca.org/>
- ³⁹ <http://www.unrsante.fr/>
- ⁴⁰ Rappelons qu'un séminaire de restitution des résultats des expérimentations « *Parcours de soins pendant et après le cancer* » lancées en 2010 sur 35 sites pilotes suite à un appel à projet INCa, et pilotées par l'INCa et la DGOS aura lieu le 9 octobre 2012 au Ministère. Rappelons que lors de la grande réunion de concertation organisée par la DGOS et l'INCa pour la mise au point de cet appel à projet, aucun des participants, pourtant fort nombreux, n'avait approuvé le projet proposé. Le risque de l'opportunisme politique sera donc beaucoup plus grand lors de ce séminaire qu'à Toulouse !
- ⁴¹ Cf. : <http://www.afsos.org/>
- ⁴² Signalons à ce propos les "Journées sur les référentiels en SOS" (soins oncologiques de support) les 6 et 7 Décembre 2012 au Palais des congrès d'Aix en Provence
Le programme est téléchargeable sur : http://www.afsos.org/spip.php?page=actualites&id_article=448
- ⁴³ EMRC : Equipes mobiles de recherche clinique
- ⁴⁴ ONCORIF : Réseau de Cancérologie d'Ile-de-France
- ⁴⁵ CNC : Conseil national de cancérologie
- ⁴⁶ Le Pic du Midi en rose contre le cancer du sein : tout le mois d'octobre a lieu la campagne pour la recherche et le dépistage du cancer du sein : c'est l'opération Octobre rose. A cette occasion, le Pic du midi est éclairé en rose pour sensibiliser tous les habitants des Pyrénées à cette cause.
Cf. le reportage passé au 13h. de TF1 ce dimanche 7 octobre 2012 sur : <http://videos.tf1.fr/jt-wc/le-pic-du-midi-en-rose-contre-le-cancer-du-sein-7572902.html>

Que devient l'INCa ?

- ✦ Les résultats de l'expérimentation "parcours personnalisé"
- ✦ L'avenir institutionnel de l'INCa
- ✦ Comment rémunérer nos métiers et nos activités ?

Une expérimentation le prouve :

***si on s'occupe des patients
on évalue mieux
leurs besoins
et on peut mieux
y répondre !***

Date de parution : lundi 15 octobre 2012

Mots types : DGOS - Médecins traitants - Réseaux - Ville Hôpital - Infirmière de coordination - Infirmière pivot en cancérologie - Québec - Canada - IDEC - PPS - PPAC - IGAS - IGS - Inspections - Rapports - T2A - CCAM - NGAP - Actes - CNAM - ATIH

Une meilleure prise en charge du **parcours de soins**. Tout le monde sait que c'est une des clefs majeures de l'avenir du système de santé, en France comme dans tous les pays développés. En cancérologie nous sommes particulièrement concernés. Dans le cadre du Plan Cancer, une expérimentation devait avoir lieu. Elle était mal partie, mais elle a donné lieu à un suivi et à une animation plus denses que beaucoup d'autres "expérimentations". Les résultats devaient en être donnés cette semaine au cours d'un "séminaire" de travail. Nombreux sont ceux qui ont très mal vécu ce séminaire, en ont retiré le sentiment d'un immense gâchis sur un sujet important, d'une occasion ratée. Il faut donc s'y arrêter longuement.

Par ailleurs tous les acteurs du système de santé font l'objet d'audits, de remise à plat de leurs missions, comme le préconisait le tout récent rapport de l'Inspection Générale des Finances sur **les Agences**. Elles sont

particulièrement visées. Beaucoup sont préoccupées. Comme depuis plusieurs mois, l'INCa demeure silencieux. Cela interroge.

La remise à plat annoncée de nos **systèmes de rémunérations**, annoncée elle aussi, est préparée par plusieurs missions confiées par le précédent gouvernement à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales. Cette semaine deux nouveaux rapports sont parus. Nous ne ferons que souligner leur importance à l'attention de nos lecteurs. Ils devront être connus et analysés en détail pour affronter les chantiers qu'on nous promet.

Expérimentation "parcours personnalisé"

La DGOS¹ et l'INCa² ont organisé ce mardi 9 octobre un "*séminaire de restitution des résultats des expérimentations « Parcours de soins pendant et après le cancer » lancées en 2010 sur 35 sites pilotes suite à un appel à projet INCa*", et pilotées par l'INCa et la DGOS.

Peut-être était-ce dû à la proximité et à la différence avec le Congrès des Réseaux tenu la semaine précédente à Toulouse ?³ Mais non, même pour les tenants d'une régulation forte par l'Etat, ce fut une catastrophe. Rarement l'Etat se sera montré aussi mauvais. On hésite à le dire ainsi car on ne veut pas porter préjudice aux fonctionnaires qui présidaient à ce séminaire ou à ceux qui se sont attelés avec dévouement au suivi de cette "*expérimentation*".

L'histoire est longue et avait fort mal commencé en 2010. Une grande réunion avait été provoquée par la DHOS⁴ de l'époque et par l'INCa. Nous y étions fort nombreux et même la CNAM⁵ était là. Il y avait aussi plusieurs "généralistes" car ils étaient le "*pivot de la prise en charge du cancer*", à l'époque on osait même dire qu'ils étaient le "*pivot de la recherche*" ! Les généralistes étaient donc "*au centre*". Tout le monde était arrivé avec un esprit positif. Au-delà de la phraséologie, tout le monde s'accordait pour considérer que nous avions des progrès à faire dans la relation "ville hôpital" au cours de la prise en charge des patients atteints de cancer. Cela ne dura que quelques instants. Les généralistes présents, à qui on avait fait jouer le rôle de faire valoir en début de réunion, furent les premiers à se révolter après l'exposé du projet. Il s'agissait en fait de créer des postes infirmiers hospitaliers pour coordonner. On était loin de la relation ville hôpital et, comme le notait un de ces généralistes, dépité : "*il est vrai qu'il y a tant à faire pour vous coordonner vous-même à l'intérieur des grands hôpitaux, que c'est peut-être utile. Mais pourquoi nous avoir conviés ?*". Beaucoup des professionnels présents étaient aussi très investis dans les réseaux. Ils posèrent donc la question de la cohérence entre cette expérimentation et les réseaux de santé. En un mot, la réponse fut : circulez, il n'y a rien à voir. Les mêmes essayèrent de poser la question différemment : les réseaux de cancérologie peuvent-ils postuler pour cette expérience ? La réponse

fut non ! Bref, en fin de réunion, les organisateurs voulurent forcer le destin en proposant un "vote". Fait unique devant les représentants de l'État, tout le monde vota contre, tout le monde y compris la CNAM ! Comme cela fut précisé immédiatement, cela ne changeait rien, puisque l'expérimentation était prévue par le Plan Cancer. Le débat avait aussi permis de poser la question du budget. Il n'était pas négligeable⁶. La majorité des participants proposa donc de procéder à une étude sous forme de bilan de l'existant pour mieux connaître la réalité et pour mieux connaître le ressenti des patients, les besoins des médecins traitants, les expériences réussies. Au-delà du sentiment qu'il fallait progresser, personne ne savait, au juste, où nous en étions sur ces questions. Un bilan objectif aurait donc été utile pour mieux situer les points à améliorer dans nos pratiques. Ce fut non.

L'expérimentation fut donc quand même lancée, contre l'avis de tous, hors des réseaux, sans état des lieux préalable.

Bien sûr, les chasseurs de prime se précipitent. Heureusement il y a aussi de bons dossiers. On nous explique une fois encore, contre toute évidence, que chez les "gros" ça se passe bien, que les problèmes sont chez les "petits". C'est si vrai que les "privés", génétiquement "petits", quel que soit le nombre de patients pris en charge, sont quasi absents des "expérimentateurs".⁷ Nous nous en étions inquiétés à l'époque et avons signalé de bons dossiers sans savoir pourquoi ils n'avaient pas été retenus. Notons cependant qu'un effort est fait car, cette fois-ci, les CH sont bien représentés. On progresse donc un peu quand même.⁸ Au total 35 dossiers sont désignés comme "*porteurs de projets pilotes*" !

On a déjà vécu ça et, en général, Dame nature est bonne mère. Avec le temps, les professionnels sérieux prennent le dessus et tout ça s'arrange et finit par produire de bonnes choses, même si c'est coûteux. Là aussi le dossier s'élargit. Il est rattaché à deux mesures du Plan Cancer, la 18, bien sûr ("*Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant*") mais aussi la 25 ("*Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après-cancer*"). Une vraie animation des expérimentateurs a eu lieu.

Nous voilà donc au Ministère mardi dernier, pour un "*séminaire de restitution*". Nous y sommes fort nombreux, et pour beaucoup, intéressés et curieux. Dès le début on déchantait. Toutes les caricatures d'un État ignare, emphatique, dispendieux, incapable et pusillanime, entouré de courtisans trouvaient, hélas, à s'illustrer.

La CNAM n'était pas là et, sur un sujet pareil, c'est bien sûr inadmissible. C'est aussi le signe évident que le sujet "ville hôpital" ne sera pas traité.

Les discours d'introduction et de fin semèrent une vraie désolation. On a peine à le dire, la valeur des personnes n'est pas en cause, mais la vacuité des discours montrait sans doute, c'est plus grave, la vacuité du projet, le manque de vision autant que le manque de volonté de l'État. Au moins, les représentants de la DGOS assumaient. La direction de l'INCa n'était pas là, elle. L'enflure du discours était à la mesure du vide de l'expérience. Quelques moments d'ex-

pression chargés d'émotion valent quelques applaudissements, mais, même là, on se dit qu'on est hors sujet, puisque le sujet c'est l'organisation. Qu'on se rassure pourtant, "*il faut poursuivre, pour mieux cibler les parcours complexes, renforcer la coordination ville hôpital et le rôle des acteurs de proximité.*" On y est : il faut prolonger pour faire ce qu'on était censé faire et que, sans doute, on n'a donc pas ou insuffisamment fait.

Alors ?...

Paradoxe, le médecin traitant, à qui on donne la parole, fait un plaidoyer sur les réseaux grâce à qui "*le médecin n'est plus seul face aux problèmes complexes, sociaux, médicaux, éthiques...*" Ce médecin n'a sans doute pas tout à fait compris sa mission...

Au lieu de faire le bilan d'expériences concrètes, de vrais choix d'organisation, on a droit à des anecdotes, à des histoires de chasse.

On ne nous met pas en face d'expériences de bonnes pratiques, mais en face de réponses qui ont été apportées pour répondre à la demande de l'administration ! On situe les priorités.

On nous présente comme un progrès décisif le fait de passer un coup de fil au généraliste !... Tout en nous disant qu'il a des difficultés à les prendre lorsqu'il est en pleine consultation ! On voit le niveau.

Bien sûr on a droit au représentant des patients qui passe de la pommade admirative à tout le monde et en particulier aux autorités car tout cela est magnifique, surtout comparé à l'anecdote de la veille qui était, elle, désastreuse. Mais bien sûr, grâce à cette expérimentation tout va changer.

On a l'impression qu'il s'agit en fait, tout simplement, de faire son boulot à peu près correctement. Mais non, tout cela est nouveau, innovant et il faut, bien sûr, définir le profil de "*nouveaux métiers*".

Le comble est atteint avec la restitution d'un établissement aussi gros que prestigieux. En fait ce discours parle en creux. On nous décrit une situation horrible. Quelques patients ont pu être pris en charge dans l'expérimentation. On nous explique doctement que ceux-là savent maintenant ce qu'ils ont. Ils savent maintenant qui les soigne. Ils savent à qui s'adresser. Ils savent où aller dans l'hôpital. On a pris conscience de leurs besoins. Leur médecin traitant est prévenu. On prépare leur sortie. Tout ça, la liste est encore plus longue, on ne le faisait donc pas avant que l'Etat dise qu'il fallait le faire ? On en reste bouche bée. Les patients sont-ils si maltraités dans cet établissement prestigieux ? Les patients qui sont hors expérimentation comment sont-ils vraiment traités, aujourd'hui ? Faut-il ressortir cette vieille et horrible notion d'*humanisation* de nos hôpitaux ? A mi-voix les gens se prennent à témoin, assez stupéfaits de ce qu'ils entendent et du ton un peu donneur de leçon sur lequel on leur assène. Un médecin bégaye que ses patients ont tous son numéro de portable... Il se demande si ça n'est pas un peu le même sujet. Il vient sans doute d'une autre planète !

Jamais un orateur ne se met en face du travail à faire en nous disant comment, avec son équipe, il s'est organisé pour le faire, malgré les contraintes qui sont les siennes. Non, on est face à un poste de travail qui a été créé pour une infirmière, la question est de savoir ce qu'elle fait et comment "*on lui passe le témoin*". On répond à la demande de l'Etat au lieu de répondre à un besoin. On s'explique pour dire comment on essaye de comprendre puis de mettre en cohérence les exigences successives de l'Etat. Finalement, au mieux, on se demande comment caser les problèmes des patients dans les dispositifs officiels. Durant le débat certains, de la salle, sont bien dans la note. L'un des participants, par exemple, se demande sérieusement s'il ne faudrait pas "*sanctuariser*" les infirmières d'annonce. Pourquoi ? Parce que, dans certaines équipes, on a réfléchi sur la manière de coordonner infirmière d'annonce et infirmière de coordination. Dans d'autres on a pensé confier à la même personne l'annonce et la coordination. Il faudrait donc "*sanctuariser*" !

On a aussi assisté à une scène stupéfiante mais bien révélatrice, à la fin du séminaire : quelqu'un pose une question de détail sur la façon dont il faudrait organiser sa petite équipe. Au lieu d'en faire retour à la salle et d'en faire un support de débat, de confrontations d'expériences, la DGOS et l'INCa se précipitent pour répondre. Imagine-t-on un séminaire de producteurs de voitures, de fusées, de pâtes ou de légumes, de ce que vous voulez en fait, un séminaire de producteurs donc, où l'Etat et une Agence d'Etat se précipiteraient dans le débat pour expliquer à des professionnels silencieux et attentifs comment il faut faire chez eux, sur leurs lignes de production ?

En plus, les représentants de l'Etat ont dû estimer leur réponse comme étant de très grande qualité et devant parfaitement résoudre cette question de terrain. La question a en effet été posée en début de débat de clôture du séminaire, nous l'avons dit. Ce débat, on nous annonçait qu'il durerait une demi-heure. On espérait donc que les esprits se libéreraient et s'exprimeraient. Mais non, la réponse donnée à cette petite question, il n'est plus question de débat. On nous assène directement le discours de clôture.

Nous l'avons déjà dit, ce discours était parfaitement creux. Il confirme néanmoins qu'un groupe de travail va être mis sur pied avec quelques ARS et quelques représentants des "*sites pilotes*" pour "*mieux appréhender la complexité des situations et toute l'importance du médecin traitant*". "*Ce groupe de travail sera chargé d'écrire le cahier des charges sur lequel reposera la deuxième phase, avec les indicateurs médicoéconomiques qui manquaient à la première phase...*"

Alors bien sûr, durant la journée, il y a eu quelques passages plus rassurants, plus nourrissants aussi. En particulier lorsqu'on s'est éloigné des "*expérimentateurs*". Deux expériences, l'une sur la Normandie⁹, l'autre sur la région de Douai¹⁰, centrées sur des expériences "réseaux" étaient particulièrement stimulantes. Parmi les intervenants "*pilotes*" quelques-uns parlaient vrai. Mais au total notre compte rendu n'est, hélas, pas exagéré.

Sur le trottoir au sortir du Ministère, quelques-uns prolongeaient, tous aussi navrés. Le sujet reste un vrai sujet. La somme des bonnes volontés qui étaient dans la salle permettait de faire quelque chose. Mais non. L'Etat et ses représentants auraient-ils voulu faire de la mousse pour mieux montrer que rien ne devait changer, ils ne s'y seraient pas pris autrement. Les réseaux dans tout ça ? La question a quand même été posée. La réponse a été gentille, du genre "rassurez-vous", mais personne n'était dupe.

La petite librairie située entre le Ministère et le métro a souvent une devanture intéressante. L'esprit encore plein de cette journée décourageante, on la regarde de façon distraite en passant devant. Elle met en avant le nouveau livre de Boris Cyrulnik : "*Sauve-toi la vie t'appelle*"¹¹. C'est un choc. Un peu plus tard on tombe sur une radio qui passe une des interprétations fortes, du magnifique chant de Bob Dylan "All along the watchtower"¹², en l'occurrence celle de Neil Young, en public. Il la hurle. Il est d'étranges coïncidences...

Le surlendemain, comme annoncé, les documents de restitution sont sur le site de l'INCa¹³. On peut passer par dessus la langue convenue ("*dispositif lourd*", "*mesures phares*", "*enjeux forts*"). Il y en a plutôt moins que d'habitude. On échappe par exemple à l'inévitable "*démarche innovante*". Tant mieux.

On s'agace sur certains passages, ceux concernant les assistantes sociales en particulier. Ce n'est pas nouveau, mais cette expérimentation aurait peut-être pu "apprendre" enfin à l'Etat que, la plupart du temps, ce sont des fonds charitables qui les financent et que ces financements ne sont pas pérennes. Si l'on veut développer "*une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer*", l'expérimentation aurait pu montrer qu'on peut aussi commencer par le début et faire en sorte qu'il y ait au moins une assistante sociale par établissement autorisé ! Cela aurait sans doute été un emploi pertinent des deniers publics. Non, c'est sans doute encore trop tôt. On continuera donc à faire comme si le problème n'existait pas. C'est sans doute plus facile pour nos responsables.

On peut passer par-dessus les innombrables banalités. On découvre par exemple que le patient dit que "lorsque quelqu'un s'occupe de lui, on discerne mieux ses besoins, ses attentes, ses fragilités..." Ouf. Vous vous rendez compte si l'expérimentation avait révélé le contraire ! Là au moins l'expérimentation nous apprend quelque chose !

Plus sérieusement, on trouve aussi quelques informations intéressantes, en particulier l'essai de décompte de temps passé selon les grandes fonctions clé assumées par les infirmières de coordination, les IDEC¹⁴. Il y a des passages réalistes sur les PPS¹⁵ et les PPAC¹⁶ qui soulignent l'hétérogénéité qui existe encore sur ces "*programmes*" et, au-delà du formalisme, sur les progrès qui restent à faire en la matière. Intéressante aussi la comparaison avec l'expérience Québécoise. Nous n'en avons pas parlé. Nous avons eu tort. L'intervention Québécoise était un des moments intéressants du séminaire¹⁷. Curieusement elle n'a jamais parlé de financement. Bizarre. Peut-être qu'au Québec on considère que la coordination entre professionnels d'un même hôpital et l'attention portée au patient, ça fait partie du travail ? Peut-être qu'on y parle évaluation et confrontation d'expériences ?

Bref, nous avons le choix entre les 72 pages de la synthèse et les 316 pages du rapport d'évaluation ! Il y a de bonnes choses à y glaner.

Pourtant, comme nous l'ont dit les représentants de l'Etat, "*pour aller plus loin il nous faut encore des éléments importants*". "*On va donc prolonger l'expérimentation*". D'ailleurs si on revient au médecin traitant, cela a été honnêtement dit : "*les médecins traitants ont une perception peu positive de l'expérimentation même si l'infirmière de coordination et l'information sont plus accessibles : ils sont plus mitigés sur la reconnaissance de leur rôle dans le parcours*". Poursuivons donc...

Mais, n'en doutons pas, un jour, l'approche épisode de soins, l'approche parcours du patient sera prise au sérieux, sortira des discours et des postures pour déboucher sur des organisations cohérentes et de nouveaux modes d'allocation de ressources. Ce jour-là, ne vous étonnez pas, vous ne pourrez pas dire qu'on ne vous avait pas prévenus !¹⁸

L'avenir de l'INCa

L'INCa pose question depuis plusieurs mois. On sait que les députés dans leurs travaux de fin d'année sur les Agences avaient placé l'INCa dans leur collimateur. Plusieurs, de tous bords politiques, indiquaient qu'il fallait réduire ou supprimer ses missions en les reventilant, mais que si la décision était claire, il fallait attendre car c'était encore "politiquement impossible". Depuis, nous avons eu le rapport du Conseil d'Etat¹⁹ qui insistait sur le fait qu'il n'y avait pas de doctrine concernant la création et le fonctionnement des multiples Agences. Immédiatement avant, le Gouvernement avait fait connaître le rapport de l'IGF²⁰ pourtant commandé par le précédent Gouvernement.

La proposition n° 24 du rapport de l'IGF était ainsi rédigée : "*Lancer une série d'audits transversaux portant sur tous les acteurs d'une politique publique (État et agences), afin de rationaliser l'organisation actuelle et de supprimer les éventuels doublons*".²¹

Il semble que le Gouvernement n'ait pas attendu pour mettre cette recommandation en œuvre. Il semble que l'urgence est telle qu'on n'a même pas le temps de bâtir une doctrine comme le demandait le Conseil d'Etat. Nos Agences comme la Sécurité Sociale bruissent d'inspections, de climat tendu, de réunions préparatoires à la venue des inspecteurs de l'IGF et de l'IGAS²². Tout le monde en parle. Tout le monde s'agite. Tout le monde s'inquiète. Tout le monde cherche à se renseigner pour savoir si par hasard les choses ne sont pas déjà décidées. Tout le monde... sauf l'INCa. En apparence ou en réalité, on ne sait pas trop, le silence y règne. Pourtant les choses semblent rudes un peu partout ailleurs.

Les normes d'évolution fixées par le Premier Ministre pour l'évolution des dépenses de l'Etat sont fixées au global et par postes de dépenses. Elles stabilisent les dépenses en valeur et au global. Cela doit se traduire par une réduction des effectifs de 2,5 % par an, une réduction de moitié des mesures catégo-

rielles, une réduction de 15 % des dépenses de fonctionnement des interventions pilotables et une maîtrise des autres dépenses d'intervention. Ces principes et ces normes s'appliquent aussi aux Agences, en particulier pour les effectifs. La Sécurité Sociale est aussi concernée ainsi que les collectivités locales.

L'IGF et l'IGAS sont manifestement chargées d'une mission préparatoire aux décisions dans notre secteur. Elles doivent, semble-t-il, analyser les missions de chacune de nos institutions, faire le point sur les effectifs, identifier les complémentarités, proposer des évolutions institutionnelles. Les organisations et les effectifs doivent être classés par grandes fonctions. Les éventuelles mutualisations doivent être envisagées.

Autrement dit les inspecteurs ont les pleins pouvoirs. Les réflexions, ce que le Conseil d'Etat appelle la doctrine, il n'en est apparemment plus question ou il n'est pas encore temps. L'action rapide prime. *"Initiée au début du mois de septembre, elle devrait aboutir à des recommandations d'ici la fin de l'année"* nous disait le Quotidien du Médecin il y a quelques semaines.²³ Les inspecteurs seraient chargés d'évaluer ce qui est obsolète, non prioritaire, non efficace, trop complexe, redondant, externalisable. Ils doivent évaluer autant les administrations que les autres opérateurs. Il s'agit de redresser le secteur sanitaire et social. Ils envisageraient donc aussi les réductions des missions et les capacités de productivité des administrations comme des opérateurs. Ils proposeraient une répartition de l'effort.

On est donc loin des discours lénifiants. On comprend l'inquiétude des personnels et celle des responsables. On comprend que les calendriers soient perturbés par des réunions internes aussi subites qu'importantes. Si l'INCa est préservé, tant mieux. Est-ce vraiment possible ? Pourquoi un tel contraste entre l'INCa et les autres "opérateurs" ? Que veut dire ce silence de l'institution depuis plusieurs mois et particulièrement depuis la rentrée ? Ce silence et ce mystère commencent à nous inquiéter un peu. Où va-t-on en matière de lutte contre le cancer, qui est le pilote et où est-il ? Si l'avenir de l'INCa est décidé pourquoi ne pas informer. S'il pose question comme les députés le disaient, pourquoi ne pas informer, pourquoi ne pas travailler aux alternatives ? L'interprofession s'est largement investie dans la conception, la création puis dans le fonctionnement et les missions de l'INCa. Depuis la transformation en Agence d'Etat, elle accepte de jouer le rôle de caution dans lequel on l'a mise. Tout justifie qu'on lui donne un minimum d'informations sur les orientations imaginées ou futures de l'institution...

Comment rémunérer nos métiers et nos activités ?

Comment ne pas terminer cette chronique en soulignant l'importance de la parution cette semaine de deux rapports IGAS²⁴.

Le premier est intitulé "**Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé**". *"Dans le cadre du programme annuel de travail 2011 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) approuvé par les ministres a été retenu le principe d'une mission intitulée « Les effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé ». L'objectif fixé à cette mission est d'évaluer l'impact de la T2A sur le management des établissements, leur organisation interne, mais aussi sur leurs relations avec différents interlocuteurs externes, et notamment les Agences régionales de santé (ARS). La fiche de mission insiste sur le recueil du ressenti des acteurs, l'intérêt de la mission à objectiver celui-ci et à interroger le degré d'appropriation du nouveau système."*

Le second "**Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux**". Par lettre de mission du 12 septembre 2011, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de l'Etat avaient confié à l'IGAS et à l'IGF une mission sur les mécanismes de financement que constituent la T2A et la CCAM. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler cette mission.

Il n'est que de lister quelques-uns des sujets abordés pour se convaincre de l'importance de ces rapports, surtout dans le contexte de remise à plat annoncé par la Ministre.

Pertinence des actes

Clinique - Management global et le processus de décision dans les cliniques - Structuration du capital - Orientations stratégiques

Médecins - Spécialités perdantes, spécialités gagnantes - Tarifs pratiqués et tarifs cibles - Fixité des charges et impact sur les revenus nets - Discipline budgétaire et CCAM - Marges de manœuvre - Rôle de la CNAM - Volontés de la DGOS - Rôle des syndicats de médecins - Obsolescence de la classification - Proposition d'instance autonome de maintenance - Tarifs cibles - Hiérarchisation des tarifs - Lenteur des procédures d'actualisation des actes - Consultations spécifiques - CCAM clinique - Travail clinique - Avantages de la tarification indifférenciée

T2A - Hiérarchisation des coûts - Approche par les coûts - Neutralité des tarifs - Aides financières contractuelles - Stabilité financière - Échelle nationale des coûts - Travail d'analyse des écarts de coûts - Position de l'ATIH - Autonomisation de l'ATIH - Comparaisons coûts tarifs - MIG

Hôpital - Relations direction médecins - Culture économique - Appropriation de la T2A - Culture de l'efficacité - Intéressements positifs et négatifs - Implication et responsabilisation des médecins - Actes de consultation externes -

Prix de consultations déconnectés de la CCAM - Divergence avec la CCAM - Neutralité des rémunérations - Critères de différenciation pertinents et contrôlables - Enveloppe

Bonne lecture donc. Il s'agit probablement d'une première mise en jambe pour affronter et nourrir les débats et les réorientations qu'on nous promet !

¹ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

² INCa : Institut national du cancer

³ 3^e Congrès National des Réseaux de Cancérologie - Toulouse 4 et 5 octobre 2012

Cf. notre Chronique de la semaine dernière

⁴ DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

⁵ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

⁶ Il y aura 100.000 euros par expérimentateur, sans compter le coût des réunions, des animateurs du projet, des cabinets conseils... !

⁷ Ils sont deux, dont, une fois n'est pas coutume, un centre de radiothérapie.

⁸ "Les CLCC (10/35), les CHU (9/35), et les CH (9/35) étaient les catégories d'établissement les plus nombreuses devant les ESPIC non CLCC (5/35) et les établissements de santé privés (2/35)"

⁹ Thierry Gandon, coordonnateur du projet parcours de soins du CH de Bayeux et du réseau de santé du Bessin (déjà entendu à Toulouse)

Cf. : <http://reseau-sante-bessin.org/>

¹⁰ Franck Laureyns, directeur de la plateforme santé du Douaisis

Cf. : <http://www.sante-douaisis.fr/>

¹¹ Boris Cyrulnik - *Sauve-toi la vie t'appelle* - Odile Jacob - 27 septembre 2012 - 291 pages

¹² Tout au long de la tour de guet

« "Il y a sûrement un moyen de sortir d'ici," dit le bouffon au brigand,

"Tout est confusion, je ne trouve ni paix ni secours.

Les hommes d'affaires boivent mon vin, les laboureurs creusent ma terre

Le long du sillon, aucun d'eux n'en connaît la valeur."

- "Il y en a beaucoup parmi nous qui pensent que la vie n'est qu'une plaisanterie, Mais toi et moi on est passé par là et on sait bien que ce n'est pas notre destinée Alors ne parlons plus de façon fausse maintenant, il se fait tard. »*
- ¹³ Cf. notre mail UNHPC 12/592 du jeudi 11 octobre 2012
- Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer - Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes
 - Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer - Rapport d'évaluation
 - Communiqué de presse de l'INCa
- ou : la page Résultats de la première phase d'expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer du site de l'INCa (11-10-2012) : <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360-les-soins/7177--resultats-de-la-premiere-phase-dexperimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer>
- ¹⁴ C'est le nouvel acronyme qu'il faut connaître : IDEC - Infirmier diplômé d'Etat coordinateur
- ¹⁵ PPS : Programme personnalisé de soins
- ¹⁶ PPAC : Programme personnalisé de l'après cancer
- ¹⁷ Intervention de Madame Andreanne Saucier du CUSM (Centre universitaire de santé McGill - Montréal - Québec) sur l'expérience des IPO (infirmières pivot en oncologie)
- ¹⁸ Signalons sur le sujet l'initiative du groupe Décision et Stratégie Santé qui consacre ses "Rencontres 2012 de la santé" au thème : "Parcours de santé, les clés du décroisement" avec des réunions à Paris ce mardi 16 octobre, à Lille, Lyon et Marseille.
- Signalons aussi plusieurs articles récents de la presse américaine, en particulier le "Health Policy Brief" de la revue HealthAffairs, numéro paru le 12 septembre dernier sous le titre "Improving care transitions"
- "Compte tenu du contexte budgétaire actuel et du fait que Medicare estime dépenser 12 milliards de dollars par an pour des réadmissions à l'hôpital potentiellement évitables, l'intérêt pour l'amélioration de la coordination ne fera probablement que croître."*
- ¹⁹ Cf. notre mail UNHPC 12/549 du 18 septembre 2012 : *Etude annuelle 2012 du Conseil d'Etat : Les agences : une nouvelle gestion publique ? : "L'ambition de cette étude est celle d'une remise en ordre, d'abord conceptuelle, ensuite opérationnelle. Les agences, qui sont souvent au coeur de restructurations importantes, n'ont jamais fait l'objet d'une réflexion d'ensemble et n'apparaissent pas en tant que telles dans les réformes générales de l'administration. Elles sont un impensé de la réforme de l'Etat que l'étude souhaite en partie combler". [...] "Réfléchir aux agences, c'est réfléchir à l'organisation de l'Etat et donc à ses missions."*
- Cf. aussi notre Chronique 12/37 du lundi 17 septembre 2012
- ²⁰ Cf. notre mail UNHPC 12/546 du 17 septembre 2012 : *Rapport de l'Inspection Générale des Finances (IGF) : L'Etat et ses Agences - Daté de Mars 2012 - Présentation de la Mission « L'Etat et ses agences » et du rapport le 17 septembre 2012*
- ²¹ Rapport de l'IGAS p. 47
- ²² IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- ²³ Coline Garré - *Agences sanitaires : une mission pour faire l'état des lieux* - Le Quotidien du Médecin du 18/09/2012
- "Toutes les solutions pour optimiser et rationaliser le fonctionnement des agences sanitaires devraient être évoquées, mais aucune n'est privilégiée à ce stade."*
- ²⁴ Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Panel, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales - *Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé* - Rapport n° RM2012-011P - Daté de mars 2012 - Publié le mardi 9 octobre 2012
- Pierre-Louis Bras, Jean-Luc Vieilleribière, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Pierre Lesteven, conseiller général des établissements de santé - *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux* - Rapport n° RM2012-024P - Daté de mars 2012 - Publié le mardi 9 octobre 2012
- Cf. notre mail UNHPC 12/588 du mercredi 10 octobre 2012

De grandes orientations pour notre système de santé

- 📌 Bernard Couderc, l'INCa et les médecins libéraux
- 📌 Les "négociations" conventionnelles et les dépassements
- 📌 Deux grands discours devant la Mutualité Française

***La protection sociale,
c'est le patrimoine
de ceux qui n'en n'ont pas.***

***L'accès aux soins,
c'est une conquête
et cette conquête
vous voulez la préserver...***

Date de parution : lundi 22 octobre 2012

Mots types : Conseil d'Administration - Personnalités qualifiées - Honoraires - CNAM - Que-Choisir - CISS - FMF - SML - UCDF - Le Bloc - MG France - Marisol Touraine - François Hollande

La semaine a encore une fois été très chargée. Les "**négociations**" **conventionnelles sur les dépassements d'honoraires** devaient se terminer. Il y a eu prolongation. Comme souvent, il y a eu beaucoup de temps perdu. Les véritables propositions sont apparues au dernier moment. Du coup, ce week-end, tout le monde "consultait" et chacun mettait haut ses exigences. Nul ne peut donc savoir si, dans quelques heures, il y aura signature de trois syndicats et donc nouvel avenant à la Convention, ou si le passage par la loi se dessine. Beaucoup disent que la loi est prête. Nul ne sait, si c'est le cas, quel est son contenu.

La Mutualité Française tenait congrès à Nice en fin de semaine. Nous retiendrons **les discours longs et importants du Ministre de la santé, Marisol Touraine, et du Président de la République, François Hollande**. C'est son premier grand discours d'orientation sur le thème de la santé.

Enfin, notre Président, Bernard Couderc, qui, depuis plusieurs mois, devait être nommé "**personnalité qualifiée**" au conseil d'Administration de l'INCa, a appris qu'il ne le serait pas. Cela porte sens et il faut donc y revenir.

Pendant ce temps, le PLFSS¹ avance. Les rapports au Parlement paraissent. Il faut suivre cette actualité-là aussi.

Bernard Couderc, l'INCa et les médecins libéraux

Depuis le départ de Nicole Renaudy du Conseil d'Administration de l'INCa², il y a de longs mois, aucun médecin libéral n'y siège plus ès qualités en tant qu'administrateur titulaire. Devant cette situation pour le moins curieuse notre Président, Bernard Couderc, plusieurs administrateurs et nombre d'entre nous, avons pensé que sa candidature à une nomination en tant que "personnalité qualifiée" était justifiée³. Le 30 avril 2010, il déposa donc sa candidature. Ce dépôt fut très bien accueilli en Conseil d'Administration et venait à propos puisque plusieurs postes de personnalités qualifiées étaient vacants. De longs mois passent durant lesquels il est dit et répété que cette nomination ne saurait tarder. Le 10 avril dernier Xavier Bertrand, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé écrit à la Présidente de l'INCa, Agnès Buzyn, pour lui proposer la nomination de Bernard Couderc⁴. Le 16 avril, la Présidence de l'INCa nous informe par mail qu'elle a reçu "*l'accord officiel*" du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche⁵. On attend donc l'arrêté officiel. Il doit arriver, mais n'arrive pas.

Cette semaine, Madame Buzyn fait parvenir un mail à Bernard Couderc. Ce mail est ainsi rédigé : "*Les cabinets des ministres de la santé et de la recherche nous ont informés que, par souci de respect de la parité homme/femme et de la diversification des profils, ils souhaitent dorénavant que les nouveaux membres du conseil d'administration de l'INCa ne soient pas des médecins et soient de préférence des femmes. En conséquence, nous venons d'être avertis que votre candidature n'était finalement pas retenue.*

Je suis sincèrement désolée pour cet imprévu et vous présente, au nom de l'INCa, toutes nos excuses."⁶

Nous n'avons bien sûr rien à dire sur le fait qu'on veuille nommer des femmes au CA. Notons, et c'est très bien, que les femmes sont largement majoritaires dans l'encadrement de l'INCa. Par contre le fait d'ériger en principe que les nouveaux membres ne soient pas médecins est surprenant pour une institution entièrement dévolue aux soins et à la recherche sur le cancer. Par ailleurs ce principe entérine le fait qu'il n'y aura plus de médecins libéraux au Conseil d'Administration de l'INCa. Il s'agit pour nous d'un double appauvrissement de l'institution. En tant que membres du petit "Cercle des cancérologues" à l'origine de l'idée de l'INCa, en tant que membres fondateurs de ce qui devait

être la "*Maison commune des soignants, des patients et des chercheurs*", et bien que l'institution soit devenue une Agence d'Etat, nous ne pouvons que le regretter et exprimer notre incompréhension sur ce nouveau "principe". Dans ce cadre, on ne s'étonnera pas que nous regrettions aussi le fait que la personne Bernard Couderc ne soit pas retenue. Son passé, ses actions, son sens du service public, sa Présidence du CNC⁷, de l'UNHPC, du Réseau des réseaux de Midi Pyrénées, sa présidence d'un comité départemental de la Ligue et son poste d'administrateur national en faisaient un candidat à très forte légitimité.

Conséquence logique, mardi dernier, 16 octobre 2012, à l'occasion de la réunion du Bureau du CNC à l'INCa, Bernard Couderc remet à la Présidente sa lettre de démission d'administrateur suppléant. Il ne peut hélas le faire en main propre, la Présidente étant en réunion. "*Priver le CA de l'INCa de médecins et entériner l'absence définitive de tout médecin libéral me paraît être un double appauvrissement dommageable pour l'Institution. En ce qui concerne la médecine libérale, je me permets de rappeler qu'elle prend en charge près d'un patient atteint du cancer sur deux dans notre pays.*" Copie de cette lettre est envoyée aux Tutelles de l'INCa, à plusieurs Administrateurs, aux Présidents et aux Délégués de la FHP⁸ et de la FHP-MCO⁹ ainsi qu'aux adhérents de l'UNHPC.¹⁰

Ce vendredi il y avait Conseil d'Administration. Nous sommes donc intervenus en "questions diverses" pour :

- regretter le refus de nomination de B. Couderc en tant que personnalité qualifiée en soulignant aussi qu'après la double notification de décision ministérielle de nomination, même modestement, cela posait question quant à la continuité de l'Etat... ;
- regretter le fait qu'il n'y aura plus jamais de médecin libéral nommé au CA malgré notre très importante contribution sur les champs du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge du cancer en France ;
- demander à la Présidente des éclaircissements sur l'affirmation du "*Souhait que les nouveaux membres ne soient pas médecins*".

La Présidente a alors expliqué devant le Conseil d'Administration que ce n'était pas le cas. Elle s'est excusée pour un mail trop vite rédigé et a informé le Conseil que, probablement, il y aura nomination de médecins mais de médecins issus d'institutions publiques non hospitalières.

Nous avons alors demandé à la Présidente si, sur ce point, la confidentialité des débats du Conseil pouvait être levée, afin de donner des explications sur l'information d'origine qui a ému beaucoup de professionnels de tous statuts. Elle répondit en le souhaitant. Le même soir elle précisait par mail à Bernard Couderc : "*Le mail de ma secrétaire a été un peu rapide car je souhaitais vous prévenir tôt de ce problème de nomination au CA tant attendue et qui n'a malheureusement pas pu être réglé avant.*"

La phrase exacte de nos tutelles démontrait une volonté d'une part de voir s'installer la parité dans les CA des établissements publics, et d'autre part, d'augmenter la représentativité des autres acteurs de la lutte contre le cancer au sein du CA. L'idée n'était pas d'empêcher l'accès à des médecins mais que les personnes nommées le soient sur un champ éventuellement plus large que leur seul exercice professionnel. En effet les précédents membres PQ étaient pour l'un un représentant de l'IGAS et pour l'autre moi-même mais en tant que présidente de l'IRSN. Ceci n'exclut absolument pas le fait d'être éventuellement médecin.

Mon assistante a traduit mes propos oraux formulés de façon un peu rapide et je vous avoue ne pas avoir pris le temps de la relecture en raison d'un agenda particulièrement contraint en ce moment. Je ne voudrais pas que la volonté des tutelles soit déformée par un mail un peu rapide mais qui partait de mon désir d'être transparente auprès de vous."¹¹

On comprendra que nous nous unissions à tous ceux qui ont adressé un message de sympathie à notre Président à l'occasion de cet épisode pour le moins très désagréable pour lui. L'origine très diverse de ces messages, publique, privée, associative, institutionnelle, montre, si besoin était, que pour beaucoup, malgré la mode, c'est la manière d'exercer un métier commun qui fait la différence et non l'appartenance statutaire.

Les "négociations" conventionnelles et les dépassements

Les négociations conventionnelles devaient se terminer ce jeudi 18 octobre. 15 heures de négociations n'auront pas suffi. Une dernière réunion aura lieu ce lundi à partir de 18 heures.

A part Marisol Touraine pour qui le projet d'avenant résultant d'un "*accord équilibré*" est "*satisfaisant pour les professionnels*", personne n'est content. Faut-il s'en étonner ? Au début de son ministère la Ministre jugeait bon de souffler sur les braises en montant les uns contre les autres. Nous avons craint à l'époque que ce ne soit pas la bonne méthode lorsqu'on veut passer par la négociation. Puis elle a fixé à la négociation un sujet qui n'était pas le bon. Le sujet fixé était celui des dépassements abusifs et non celui d'un système abusif¹². Elle a confié la négociation à des acteurs qui n'étaient que partiellement responsables des règles du jeu. La Ministre, responsable de ces règles du jeu, n'était pas à la table de négociation mais s'activait en coulisse. Or le système dépend d'elle. Enfin on ne voit pas pourquoi les médecins renonceraient aux possibilités qu'on leur a données à leur corps défendant, tant qu'il n'y a pas de politique des revenus cohérente en ce qui les concerne et, qu'en plus, ni les gouvernements ni la sécurité sociale ne tiennent leurs promesses. La confiance est rompue. Les gens s'accrochent à leurs acquis, aussi pervers et mortifères soient-ils. C'est humain.

En matière de dépassements dans un régime conventionnel le seul objectif qui vaille est celui de la disparition d'un tel système, avec la mise en place concomitante d'une politique des revenus claire et cohérente. L'abandon nécessaire, indispensable, du système des dépassements, nous en avons souvent exposé les raisons¹³. Cela n'est possible que si ce qui est proposé est équitable et si les engagements sont tenus. Or, la confiance est brisée. La recréer est aussi difficile que nécessaire. Il faut pour cela que le Ministère soit clair sur les objectifs et équitable dans ses intentions comme dans ses actions, ce qu'il a choisi de ne pas être. La revalorisation du secteur 1 et la renégociation de la CCAM¹⁴, en particulier celle concernant la chirurgie et celle de la CCAM clinique sont les clefs. Il y a 2,4 milliards à recycler. En toile de fond la responsabilité du gouvernement est celle du reste à charge. Le niveau du reste à charge est bien une décision politique. Les pouvoirs politiques ne veulent pas assumer leurs responsabilités sur ce sujet délicat. Ils usent et abusent des déremboursements progressifs et du renvoi sur le colloque singulier. La détermination du reste à charge dans le colloque singulier est une perversion de la médecine imposée par les pouvoirs publics, perversion telle que la médecine libérale ne s'en remettra pas. Cette disparition de la médecine libérale, déjà entamée, entraînera celle des cliniques qui lui sont liées et coûtera extrêmement cher au pays dans la mesure où la productivité du système plongera d'autant. Or le pays ne peut plus digérer la dette que son système de santé génère. Comme le rappelle Nicolas Baverez à la Mutualité, aujourd'hui, *"il n'y a pas de solidarité possible à crédit"*.¹⁵ Il y a donc aussi urgence à ce que les pouvoirs publics se montrent plus responsables.

Les enjeux sont clairs, mais les bases de la discussion et les orientations politiques ne leur sont pas adaptées et la confiance entre partenaires n'existe pas. On aboutit donc à un texte usine à gaz qui ne peut satisfaire qu'un objectif politique à courte vue : faire semblant d'avoir obtenu un accord, faire croire que les postures fermes suffisent à résoudre les problèmes de fond.

Alors le week-end a été studieux pour tous. Signer ou ne pas signer ? Telle était la question. Nous avons diffusé vendredi le texte du projet d'avenant n° 8 qui fait 21 pages et un important dossier de presse afin que chacun puisse se faire son opinion¹⁶.

Les réunions se sont multipliées tout le week-end. Les prises de position officielles aussi. Résumons.

- Pour Alain Bazot, président d'**UFC-Que Choisir**, *"C'est un cautère sur une jambe de bois, les trente ans de laxisme continuent."*¹⁷
- **Le CISS**¹⁸ se dit pour sa part très mécontent de la tournure que prennent les choses. *"Le coup des mutuelles est extraordinaire. Si elles entrent dans le financement du secteur 1, tout le monde l'aura compris, c'est la privatisation de l'assurance-maladie qui se joue"*, réagit son président, Christian Saout, qui craint, en outre, de voir les cotisations augmenter, et les patients en pâtir.¹⁹ Que ce soit un Ministère "socialiste" qui suscite cette crainte

montre la confusion qui règne, le degré de dégradation du dossier et donc la gravité de la situation.

- Il n'empêche que **la Mutualité** ouvre une porte et qu'en cette période de crise elle apportait du "grain à moudre" mais Etienne Caniard est amer et ne comprend pas l'accueil qui lui est réservé par la CNAM qui agit "*comme si elle préférerait nous taxer pour augmenter ses recettes plutôt que de nous voir comme un partenaire*"...
- "**La CSMF**²⁰ rappelle que les gouvernements successifs, depuis la création du secteur 2 imposée en 1980, se sont désengagés du secteur 1 en abandonnant la revalorisation des tarifs." "Rappelant que les médecins libéraux se sont fortement engagés dans la maîtrise médicalisée des dépenses, et ont ainsi permis à l'assurance maladie de réaliser d'importantes économies, la CSMF constate que les marges de manœuvre existent pour permettre la revalorisation du secteur 1." S'agissant du texte de l'avenant n° 8, "sur la forme, ce texte est très déséquilibré et devra être réécrit pour prendre en compte les préoccupations réciproques de chacune des parties et pas exclusivement celles des caisses. Sur le fond ce texte n'apporte pas les réponses attendues, et, à l'unanimité, la CSMF, premier syndicat médical français, a décidé de ne pas le signer en l'état." Pour la CSMF, une signature "ne serait envisageable qu'à 7 conditions :
 - 1 - que le montant de l'investissement sur les actes opposables soit à la hauteur des attentes des médecins libéraux [...];
 - 2 - que la revalorisation du secteur 1 ait un impact véritable. Il faut donc à la fois un engagement plus significatif et des échéances fermes non diluées dans le temps [...];
 - 3 - qu'une perspective soit donnée aux médecins de secteur 1 et en priorité aux anciens chefs de clinique [...];
 - 4 - que les complémentaires santé s'engagent pour de bon avec une enveloppe significative [...];
 - 5 - que soit supprimé le quota de 50 % de médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins pour que celui-ci puisse entrer en vigueur. [...];
 - 6 - que la procédure de suivi des pratiques abusives s'applique de façon équitable à tous, libéraux comme hospitaliers et en tout point du territoire [...];
 - 7 - que l'extension de l'opposabilité en secteur 2 soit limitée, pour des raisons pratiques et de bon sens, aux seuls bénéficiaires effectifs de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) et non aux patients éligibles à cette aide mais qui n'en bénéficient pas. [...].²¹
- **La FFMF**²² affirme qu'elle ne signera pas et dénonce "*ce que la droite n'avait pas osé faire la gauche le fera, c'est évident depuis hier : la privatisation de la sécurité sociale pour le plus grand bénéfice des assurances complémentaires et de la mutualité.*"²³ Son Président Jean-Paul Hamon, était présent à la réunion du Bloc et il y a réaffirmé que son organisation ne signerait pas.

- **Pour le SML**²⁴ *"après 14 heures de négociations et au milieu de la nuit il est clairement apparu que nous nous acheminions vers une disparition du secteur 2 et le début de la privatisation de l'assurance maladie." "Pour toutes ces raisons le SML a quitté la table des négociations et a réuni son conseil d'administration." Le SML est alors farouchement hostile à l'idée d'une signature. Mais son rôle "pivot" en font l'objet de toutes les pressions, en particulier de celles de la Ministre qui intervient directement et en personne auprès de lui. Le Conseil d'Administration se réunit. La position du SML s'y attendrie et le syndicat pose alors "les conditions pour signer". "Christian Jeambrun est mandaté à l'unanimité par le conseil d'administration du syndicat pour aboutir à un accord si les quatre conditions suivantes sont respectées :*

- 1) *Absence de plafonnement chiffré des honoraires du secteur 2. Rappelons que le SML s'engage parallèlement à élargir le périmètre d'opposabilité aux assurés bénéficiant de l'aide à la complémentaire.*
- 2) *Contrôle des pratiques tarifaires abusives au sein d'une commission paritaire régionale saisie au niveau paritaire national. Si l'Uncam laisse travailler les libéraux et apprécier individuellement les cas litigieux dans les six mois, les dépassements abusifs chez les libéraux auront disparu !*
- 3) *Engagement ferme de l'Unocam à solvabiliser le nouveau contrat d'accès aux soins et inscription des partenaires dans une dynamique d'élargissement de l'éligibilité du dit contrat*
- 4) *Un plan de revalorisation du secteur 1, ferme et contractualisé pour les trois ans à venir."*²⁵

- **Le Bloc**²⁶ fait un gros effort pédagogique en particulier sous l'impulsion de l'UCDF²⁷ pour analyser, expliciter et faire comprendre le projet d'avenant. Samedi, il a réuni plus de 1.000 praticiens à Paris. Après plusieurs exposés explicatifs sur le contenu de l'avenant, le Bloc y confirme son opposition ferme au projet d'avenant et prépare un vaste mouvement collectif sous forme d'arrêt d'activité à partir du 12 novembre prochain. Les points de désaccord sont très nombreux et, qui plus est, le projet n'est pas à la hauteur des questions posées aux spécialistes de plateaux techniques. Pour Philippe Cuq *"ce qui fera changer le Gouvernement, c'est la mobilisation des professionnels sur toute la France."*

Samedi, *"la salle du REX était pleine à craquer, forte présence des praticiens du bloc opératoire, chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens mais pas seulement : les internes et les chefs de cliniques étaient nombreux, les pigeons (la plupart non-plasticiens), des médecins généralistes, le président de la FHP-MCO, en fait toute la médecine libérale et parfois non libérale."*

Le Bloc axe son action sur trois points :

- la solidarité intergénérationnelle ;
- la revalorisation des tarifs opposables ;

- la prise en charge par les complémentaires des compléments d'honoraires et, pour cela, l'arrêt des remboursements de ce qui n'a rien à voir avec la santé.
- **MG France**²⁸ se durcit. Jusque là, MG France soutenait la démarche. Mais soudain, ce samedi²⁹ :

"MG France ne signera pas le projet de l'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires.

La négociation devait réduire les dépassements et diminuer le reste à charge des patients.

Le texte proposé par l'assurance maladie ne permettra pas d'atteindre ces objectifs, en l'absence de seuil pour les abus et de procédure véritablement applicable en cas d'excès.

La négociation devait permettre d'organiser la convergence entre les deux secteurs d'exercice.

Le texte proposé n'affecte que 14 % de l'ONDAM à la valorisation de la médecine générale. Confirmant ainsi la tendance observée depuis la mise en place du médecin traitant : une fraction des spécialistes bénéficie toujours des trois quarts de l'augmentation des honoraires.

La négociation devait permettre de renforcer la prise en charge solidaire des soins de premier recours.

Le texte proposé prévoit de consacrer deux fois plus d'argent public à solvabiliser les dépassements qu'à revaloriser les honoraires opposables.

Aucun euro de cotisations obligatoires ne devrait être utilisé au remboursement des dépassements.

MG France dénonce l'illusion érigée en système de gouvernance conventionnelle.

Le Comité Directeur de MG France a refusé à l'unanimité de signer l'accord proposé par l'assurance-maladie.

Pour MG France, un bon accord c'est une politique ambitieuse pour l'accès aux soins, apportant au premier recours des moyens sous forme d'un forfait médecin traitant pour tous les patients."

La "négociation" reprend ce lundi 22 octobre au soir. Si nos syndicats sont cohérents, il n'y aura pas de signature. Le Gouvernement passera par la voie législative. La question sera alors de savoir si les élus seront plus capables que le Ministère d'affronter les vrais problèmes et de dégager des solutions pérennes.

Mais, ce week-end, beaucoup pensaient que trois syndicats finiraient par signer. Trois syndicats, c'est le minimum requis pour que l'avenant puisse s'appliquer. Dans les dernières heures de la négociation nocturne de la semaine dernière, certains faisaient argument à Frédéric van Rookeghem du fait que "lundi, l'accord, ce sera plus cher"... Il y a donc aussi un aspect "négociation marchands de tapis" qui se déroule dans l'ombre et certains conflits d'intérêts

peuvent jouer. Mais, après les déclarations fracassantes du week-end, on se dit que si des opposants aussi farouches signent, cela ne fera qu'ajouter à la confusion régnante et à la perte de crédibilité de tous.

Sale temps donc en cette rentrée d'automne. Avant l'été nous exprimions la crainte que ceux qui sèment le vent ne récoltent la tempête³⁰. Il y a maintenant avis de tempête. On ne peut s'en réjouir, mais il faut s'y préparer. Bien sûr il y a de l'incompréhension, du découragement, de la méfiance, de la peur, de cupidités intérêts corporatistes autant que de la volonté de défendre une conception de la médecine et les valeurs du système de santé, de grandes difficultés à évaluer la complexité des choses, des maladresses, de l'irresponsabilité, de l'incompétence... Bien sûr, mais il y a partout aussi, dans les Caisses comme dans les Mutuelles, dans les services de l'Etat comme chez nous des "gens biens", courageux, lucides, compétents, entreprenants, prêts à défendre dans l'honneur la médecine de demain et un système de santé solidaire et efficace... et le temps presse. Tout le monde en convient : c'est l'avenir de la médecine libérale qui est en jeu et donc l'avenir de notre système de santé. Cela vaut attention et engagements forts.

Deux grands discours devant la Mutualité Française

La Mutualité Française tenait congrès en cette fin de semaine à Nice. Plusieurs Ministres et le Président de la République en personne y participèrent. La Ministre de la santé, Marisol Touraine, et le Président y prononcèrent chacun un très long discours. Ils s'étaient forcément concertés. On y voit des similitudes mais aussi quelques nuances. Les services de presse de l'Elysée présentaient le discours du président François Hollande comme étant son premier discours d'orientation en matière de santé.

Ces discours sont donc importants. Ils seront analysés par la presse ces jours-ci. Contentons-nous ici de les signaler en en soulignant quelques points.

Ce qui frappe dans **le discours de Marisol Touraine**³¹, ce sont les contradictions.

L'affirmation des principes est forte.

"Les valeurs républicaines sont mises à mal. La pertinence de notre modèle social est contestée par certains. La peur du déclassement, l'accroissement des inégalités, le repli sur soi, défient notre pacte social, dont la solidarité est l'un des piliers.

Dans ce contexte, les attentes des Français à l'égard des pouvoirs publics sont immenses. Notre système de santé est un rempart contre le délitement du lien social. Réaffirmer ses valeurs, c'est préserver notre cohésion sociale, c'est garantir à nos concitoyens qu'ils seront protégés face aux aléas de la vie.

Votre congrès est consacré à une question essentielle, la mère de toutes les batailles pour une ministre de la santé de gauche : la question de l'accès aux soins. Au moment où la crise frappe durement nos concitoyens, notre responsabilité collective est de tout mettre en œuvre pour lutter contre les inégalités de santé et garantir un accès effectif aux soins."

On a vraiment envie de la prendre au mot notre Ministre et de lui poser la question de savoir comment elle concilie ces perspectives avec les orientations apparemment corporatistes qu'elle fixe concrètement à ses services.

Sur le sujet d'actualité des dépassements, une fois de plus pourquoi étend-elle le système des dépassements sous prétexte de le limiter, au lieu de traiter le sujet au fond ? Pourquoi l'oubli ou l'ostracisme vis-à-vis de l'hospitalisation privée ? Dans le fonctionnement du système, elle n'est pourtant pas un détail...

Pourquoi, dans le même discours, exprimer 6 fois l'exigence de "transparence" et renforcer l'opacité sur les frais de gestion des Mutuelles en suspendant leur obligation de publication ?

Pourquoi dénoncer le fait qu'"inexorablement, la part obligatoire de l'assurance maladie s'est vu réduite au profit des complémentaires. En agissant ainsi, l'identité même de notre protection sociale a été dévoyée" pour affirmer aussitôt "je ne partage rien de la vision de nos prédécesseurs, car elle est tout simplement contraire à nos valeurs"... Et renforcer la part des mutuelles dans le système de santé ?

Pourquoi affirmer aussi véhémentement qu'elle "ne partage rien de la vision de [ses] prédécesseurs" alors que dans notre secteur elle en renforce toutes les options en matière d'hôpital, de mode de gestion et de financement ?

On peut se réjouir de la tentative annoncée et confirmée de "réformer le financement de la protection sociale" et s'inquiéter de ce que rien n'est dit, rien n'est proposé ou presque, pour améliorer l'efficacité du système.

Bien sûr on trouve des passages plus encourageants.

"Il est temps de construire le parcours de soins autour des besoins des patients et non des structures" - "Vous l'aurez compris, je ne suis ni « hospitalo centrée », ni, comme je l'entends désormais, « libéralo centrée ». La politique que je porte ne tend pas à privilégier un secteur aux dépens d'un autre : je veux favoriser la complémentarité de l'hôpital et de la médecine de ville. En articulant mieux leurs missions et en favorisant leur coordination, nous améliorerons la qualité de notre système de soins, et nous progresserons dans la maîtrise des dépenses de santé." On aimerait bien savoir qui la suspecte de "libéralo centrisme" ? En attendant, pas une seule fois elle ne cite les cliniques ou les spécialistes libéraux de plateau technique. A croire qu'ils n'existent pas, qu'il n'y aurait que l'hôpital et les médecins traitants, rien d'autre...

Elle partage le slogan "Sans mutuelle, la Sécu ne suffit plus !". Il y aurait donc des mauvais et des bons privés ?

Il faut "*Agir sur les dépenses de santé et le reste à charge est indispensable pour permettre à chaque Français, quelles que soient ses ressources, de se soigner.*" Chiche !

Il faut développer l'information sur le système de santé. "*Il est nécessaire que les Français puissent bénéficier d'une information publique transparente sur notre système de santé.*" Bien, nous nous sentirons moins seuls face à l'Administration et à beaucoup d'Agences !

"*Cela permettra aux Français, par exemple, de mieux appréhender le coût d'une prise en charge ou la qualité d'un établissement.*" Il ne faudra pas oublier de leur rappeler, aux Français, qu'en tout état de cause ils consacrent plus de deux mois par an pour payer notre système social, dont une part très importante pour le système de santé...

Pourquoi après avoir rappelé que "*pour de nombreux Français, les centres de santé mutualiste représentent d'ailleurs une alternative aux dépassements d'honoraires*" proposer de "*sécuriser leur financement*" au lieu de régler le problème des dépassements ?

Pourquoi soutenir les réseaux de soins mutualistes et ne pas soutenir les réseaux de santé ?

Pourquoi développer la couverture complémentaire plutôt que l'assurance maladie pour les Français qui "*renoncent aux soins*". Est-ce vraiment "*assurer la pérennité, à terme, de notre modèle de protection sociale*" ou n'est-ce pas plutôt le modifier profondément ?

Bref, ce discours ne nous éclaire pas beaucoup plus sur les orientations réelles de notre nouvelle Ministre et sur la cohérence de ses différentes initiatives. L'affirmation "*je suis prête, moi aussi, à être jugée sur la cohérence du projet que je porte pour la santé des Français et dont l'objectif est l'égal accès aux soins*" est bien sympathique, mais on a encore du mal à y voir clair de ce point de vue. Dommage, c'était une bonne occasion.

Le Président François Hollande commence lui aussi son discours³² par l'affirmation de principes forts. C'est son rôle et on ne peut donc que s'en réjouir. Il exprime "*la volonté de faire de mon mandat une solidarité : une solidarité par rapport aux épreuves de la vie que nos concitoyens peuvent rencontrer ; une solidarité dans les choix que nous aurons à faire pour redresser notre pays ; une solidarité aussi pour unir la Nation. La protection sociale, c'est le patrimoine de ceux qui n'en n'ont pas.*"

On ne peut que souscrire au diagnostic suivant : "*Le résultat est là, il est incontestable : nos dépenses de santé sont parmi les plus élevées du monde -- nous consacrons en effet 12 % de la richesse nationale pour nous soigner, seuls les Etats-Unis et les Pays-Bas faisant davantage que nous -- ces dépenses progressent chaque année de six milliards d'euros ; et dans le même temps, les niveaux de prise en charge par l'assurance maladie ont régressé. Ce qui témoigne d'un évident problème d'organisation de notre système de*

santé et qui s'est accompagné lui-même, ou plutôt a été payé, par un recul de la solidarité."

En conséquence *"il faut agir sur les mécanismes de couverture de la dépense mais aussi sur l'organisation même de notre système de santé."*

Mais là aussi, même si ça n'est pas au Président de la République de rentrer dans les détails, on est un peu déçu par la relative faiblesse de certaines des propositions. Avouons-le aussi, compte tenu des positions tenues par plusieurs de ses conseillers, on est peut-être un peu suspicieux sur le passages concernant le "privé" qui est à la fois désigné comme le mal, confondu avec "le marché" et promu lorsqu'il s'agit d'amis... *"Le risque, il a un nom, c'est le marché. Le marché libre de sélectionner entre malades et bien portants, libre d'augmenter sans limite les coûts de la couverture en fonction de l'âge, libre de proposer aux assurances des formules qui peuvent se révéler être des spirales tarifaires sans contrôle. Cette liberté, elle a aussi un nom, c'est la privatisation. Le temps est venu de porter un coup d'arrêt à cette dérive. Je propose donc de généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité."*

On regrette que ses conseillers fassent parfois passer leurs lubies vides de sens, ou plutôt à la signification parfaitement contradictoire avec les objectifs proclamés - *"la mission de l'hôpital, qui est celle d'un service public et non pas d'une entreprise"* -, car enfin, le service public serait autrement efficace pour les Français s'il était soumis à un certain nombre des contraintes que s'imposent les entreprises ! C'est donc une mauvaise action que de piéger ainsi le Président de la République dans des intérêts corporatistes en les couvrant du voile de l'intérêt public. Du coup la phrase *"l'objectif, c'est de faire jouer pleinement à l'hôpital son rôle dans le système de santé"* qui devait être simplement l'énoncé d'une évidence, inquiète un peu car, en fait, elle risque de diviser, handicaper, rigidifier, coûter et donc d'être interprétée de façon contre productive. Mais restons-en à l'intention de *"moderniser notre organisation de santé"*.

Le Président insiste sur la prévention, informe de la remise en chantier d'une loi de santé publique, veut fluidifier les parcours, promouvoir de nouveaux modes d'organisation plus coopératifs, des modes d'organisation plus ouverts, il cite la chirurgie ambulatoire, les nouveaux modes de traitement, en appelle à de nouveaux outils financiers, à une nouvelle architecture de la dépense. Il veut, lui aussi, développer la transparence. Il veut *"faire évoluer nos grandes agences sanitaires"*. Il veut *"repenser leurs missions, leurs organisations et l'articulation entre ces différentes agences"* y compris en termes de *"regroupements"*.

Il veut pour le pays une *"nouvelle politique de santé"*, à partir d'une *"stratégie qui repose sur plusieurs exigences"*. Il cite la qualité, la solidarité, l'égalité, le redressement (et non la "restauration" !), et rappelle que *"la santé se situe donc au croisement des deux impératifs du redressement : la compétitivité et la solidarité"*.

Il n'y a plus qu'à donner corps à ces orientations... Si elles sont prises au sérieux, ce que nous souhaitons, nous aurons toute notre place dans les constructions à venir, au service des Français. A nous de les rappeler et de les rendre opérationnelles avec tous ceux qui sauront être à la tâche !

¹ PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

² INCa : Institut national du cancer

³ Bernard Couderc siège au CA de l'INCa en tant qu'administrateur suppléant du Président de la FHP-MCO, Lamine Gharbi, titulaire du siège de la FHP.

Outre les représentants des organismes d'Etat, du CNRS, de l'INSERM, des Caisses d'assurance maladie le Conseil d'administration est composé de :

- deux représentants de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) : Mme Jacqueline Godet et Mme Marie-Hélène Voegelin
- un représentant de l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) : M. Jacques Raynaud
- deux représentants de la Fédération Hospitalière de France (FHF) : M. André Fritz et le Pr Norbert Ifrah
- un représentant de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) : M. Lamine Gharbi
- un représentant de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) : le Pr. Josy Reiffers
- un représentant de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP) : Mme Samah Ben Abdallah
- Huit personnalités qualifiées, nommées par les ministres chargés de la santé et de la recherche, dont quatre représentants des professions de santé médicales et paramédicales : le Pr Victor Izrael, le Pr Alain Grimfeld, le Dr Alain Jacob (chef de pôle pathologies tumorales et hématologie, CH Sud Francilien), Mme Roselyne Vasseur (directrice centrale des soins de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP))
Et quatre personnalités choisies pour leur intérêt particulier pour le cancer : le Pr Jean-Pierre Grünfeld, M. Noël Renaudin (ancien président du Comité Economique des Produits de Santé) et deux autres en cours de nomination.

⁴ Lettre de Xavier Bertrand à Agnès Buzyn du 10 avril 2012, ref. XB/CT/FD/D.12003840

⁵ "Pour votre bonne information, nous venons de recevoir l'accord officiel du MESR concernant votre nomination au conseil d'administration de l'INCa. Nous attendons le courrier officiel, puis l'arrêté de nomination.

⁶ Mail d'Agnès Buzyn à Bernard Couderc du mercredi 10 octobre 2012, 12 h. 37

⁷ CNC : Conseil national de cancérologie

⁸ FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

⁹ FHP-MCO : Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)

¹⁰ Cf. notre mail UNHPC 12/601 du jeudi 18 octobre : le dossier qu'il circularisait contenait toutes les pièces, hormis le dernier mail d'Agnès Buzyn daté du samedi 20 octobre.

¹¹ Mail d'Agnès Buzyn à Bernard Couderc du 19 octobre 2012, 18 h 55

¹² La Ministre le rappelait encore ce week-end : « La ministre a cité "les objectifs à atteindre" dans cette négociation : "le premier est la sanction des dépassements abusifs", le second de "maîtriser les dépassements qui, même s'ils ne sont pas abusifs, sont pour beaucoup de français excessifs." le dispositif ne doit pas être une "usine à gaz" mais permettre de "sanctionner, de manière claire, rapide et efficace les médecins qui pratiquent des dépassements abusifs". » Ah, s'il ne s'agissait que de ça pour régler nos problèmes !

- AFP - Touraine : sanctionner les dépassements abusifs de manière rapide et efficace - 20-10-2012, 23 h 47
- ¹³ Cf entre autres notre Chronique 12/28 du lundi 16 juillet 2012
- ¹⁴ CCAM : Classification commune des actes médicaux
- ¹⁵ Nicolas Baverez - *Concilier l'efficacité économique et la solidarité* - Dépassements : la proposition de la Mutualité - <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Depassements-la-proposition-de-la-Mutualite>
- ¹⁶ Cf mail UNHPC 12/603 du vendredi 19 octobre 2012
- ¹⁷ Jean-Baptiste Chastand et Laetitia Clavreul - *Dépassements d'honoraires : médecins et assurance-maladie peinent à s'accorder* - Le Monde du 9 octobre 2012
- ¹⁸ Collectif interassociatif sur la santé
- ¹⁹ Le Monde du 9 octobre 2012 déjà cité
- ²⁰ CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
- ²¹ CSMF - *Accord sur les compléments d'honoraires : la CSMF dit non, sauf si...* - Communiqué de presse du 20 octobre 2012
Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1352&Itemid=541
- ²² FMF : Fédération des médecins de France
- ²³ Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou <http://www.fmfpro.com/>
- ²⁴ SML : Syndicat des médecins libéraux
- ²⁵ SML - L'actualité nationale - Dépassements d'honoraires : les conditions du SML pour signer - Communiqué du 18 octobre 2012
Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou <http://www.lesml.org/index.php?page=l-actu-du-18-octobre-2012>
- ²⁶ Le Bloc est composé de l'Association des anesthésiologistes libéraux (AAL), du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) et de l'Union des chirurgiens de France (UCDF)
- ²⁷ UCDF : Union nationale des chirurgiens de France
Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou <http://www.ucdf.net/>
Les interventions de la réunion de samedi peuvent être visionnées ainsi que plusieurs documents supports et une analyse vidéo du discours de Marisol Touraine au Congrès de la Mutualité : "*Discours commenté de Marisol TOURAINE au congrès de la mutualité.*" Montage à ne pas manquer, comme tous ceux, toujours très bien faits, du Dr Xavier Gouyou Beauchamps (http://www.dailymotion.com/video/xuhiz6_marisol-touraine-au-congres-de-la-mutualite_news)
- ²⁸ MG-France : Syndicat des médecins généralistes de France
- ²⁹ MG France - MG France ne signera pas le projet de l'assurance-maladie sur les dépassements - Communiqué du 20-10-2012
Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou <http://www.mgfrance.org/>
- ³⁰ Certains, lors de la réunion de l'UCDF, samedi, soulignaient la différence de comportement entre le Ministre de l'intérieur, Manuel Vals, qui en des temps difficiles pour la Police, condamne les fautifs mais insiste dans la défense de la corporation et sur l'utilité du travail effectué par les policiers, et celle du Ministre de la santé, Marisol Touraine, qui n'arrête pas de stigmatiser les libéraux et de sous estimer ou d'oublier le rôle qu'ils tiennent dans le système de santé. Deux conceptions différentes des responsabilités d'un Ministre, assurément.
- ³¹ Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou Congrès de la Mutualité Française - Discours de Marisol Touraine - Jeudi 18 octobre 2012 : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse.42/discours.2333/congres-de-la-mutualite-francaise.15303.html>
- ³² Cf. mail UNHPC 12/605 de ce jour ou Discours du Président de la République au Congrès de la Mutualité française - 20 octobre 2012 - <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/discours/2012/discours-du-president-de-la-republique-au-congres.14141.html>

Réflexions et accord sur l'allocation de ressources

- ✦ L'IGF, la T2A et la CCAM
- ✦ L'avenant n° 8 : réforme ou placebo ?

***La politique de réforme
au service
de la communication ou
la communication
au service
de la politique de réforme ?***

Date de parution : lundi 5 novembre 2012

Mots types : IGAS - Rapports - Efficience - Logique médico-économique - Régulation - Dépassements - Grève - Arrêt d'activité - Grenouille

La Toussaint n'a pas permis à l'actualité de faire une trêve. Nos établissements bruissent de débats importants sur l'interprétation qu'il faut avoir de l'avenant n° 8 et en conséquence sur les décisions à prendre pour la journée du **12 novembre**. Nous sommes face à de vrais choix qui risquent de nous engager pour plusieurs années. Tout a été dit ou presque. Reste l'analyse fastidieuse mais nécessaire de ce long avenant, et la décision de chacun. Il y a bien sûr l'impact à court terme sur nos revenus, il y a surtout une conception de la médecine et de la médecine libérale. Là est le vrai fondement des réflexions en cours.

- Le procès d'**Epinal** s'est terminé. On attend maintenant le verdict.
- Le groupe Vedici a réalisé, avec l'IFOP, un **sondage** sur "Les Français et les cliniques et hôpitaux privés". Travail utile. Ces sondages sont la vraie mesure de satisfaction globale de nos concitoyens, il faut donc le suivre et essayer d'y distinguer les mouvements lents mais significatifs de l'opinion¹.
- La DREES a publié un intéressant numéro d'Etudes et Résultats sur "**La redistribution verticale** opérée par l'assurance maladie". Ce rôle de l'assurance maladie est souvent oublié, il est pourtant fondamental.²

- L'InVS a fait paraître son rapport sur l'évaluation des **infections du site opératoire**. "*La surveillance des ISO est aujourd'hui bien implantée en France et la réduction de leur incidence se poursuit.*" On progresse. Comment ne pas s'en réjouir et ne pas y trouver motif à poursuivre nos efforts ?³
- L'ATIH publie son "Etat des lieux 2011 sur l'activité de **chirurgie ambulatoire**". C'est bien, mais cela ne gomme pas l'absence de politique incitative cohérente.⁴
- Le Ministère a rendu public son rapport au Parlement dans le cadre des travaux concernant le PLFSS. Ces rapports sont toujours une mine d'information précieuse.⁵
- L'IRDES a publié un numéro de Questions d'économie de santé présentant une revue de littérature sur le sujet de savoir "Comment les **soins primaires** peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?". Une publication qui vient à point nommé compte tenu des réflexions actuelles.⁶
- Le débat sur le **mariage** nous concerne tous comme citoyens, mais les psychiatres et les psychologues s'en emparent aussi car c'est bien de la filiation qu'il est aussi question et donc de l'équilibre psychosocial des futures générations.
- Autre débat "sociétal", celui relatif à l'**euthanasie**. C'est un nouveau sondage qui est paru. Une fois de plus il amène à se poser la question du rôle de ces sondages dans l'élaboration de décisions forcément complexes.⁷
- Le CNOM a fait paraître un guide pour préparer la mise aux normes d'**accessibilité des locaux** accueillant du public pour 2015. Notre pays est en retard sur ces questions. Progresser en la matière est signe de civilisation.⁸
- Un décret est paru sur l'**étiquetage** des produits pharmaceutiques. On sait qu'en termes de sécurité de nos circuits c'est un des points clés.⁹
- Sans compter les problèmes de la vie courante et qui viennent souvent d'un défaut de cohérence entre nos Tutelles. Les établissements qui se heurtent aux problèmes de remboursement de la molécule **Halaven** en ont en ce moment une illustration coûteuse.

Nous nous arrêterons dans cette chronique sur le **rapport de l'Inspection Générale des Finances** sur la T2A et sur la CCAM. On en attendait beaucoup. Il est décevant. Il souligne le retard de nos capacités de

réflexions sur le domaine médicoéconomique. Il reste important car le pouvoir de Bercy, surtout en ces temps de crise, est grand. Il montre aussi combien il est difficile de dégager des problématiques cohérentes concernant nos systèmes de santé, certes complexes. C'est pourtant le rôle des conseillers du Prince. Comment les décideurs politiques se forment leurs idées ? C'est un autre sujet "complexe" ! Mais ces rapports sont faits pour y contribuer. C'est aussi pour cela qu'il faut s'y pencher.

Le rapport de l'IGF

Le rapport de l'Inspection Générale des Finances intitulé "**Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux**" a été diffusé fin octobre, daté d'avril 2012.¹⁰

On attendait beaucoup de ce rapport. Il découle d'une demande conjointe de deux Ministres importants du précédent gouvernement, Xavier Bertrand et Valérie Pécresse¹¹. Le 12 septembre 2011, par lettre de mission¹², ces deux Ministres commandaient ce rapport au Chef de l'IGAS¹³ et au chef de l'IGF¹⁴. Les deux équipes s'étaient donc mises à ce travail conjoint, animées par des personnalités importantes, en particulier l'ancien Ministre Bruno Durieux et Pierre-Louis Bras. Fin 2011, début 2012, très nombreux étaient ceux qui rencontraient ces équipes. On en a maintenant la confirmation avec l'impressionnante liste des personnalités consultées. Des travaux spécifiques étaient demandés à l'ATIH¹⁵ comme à la CNAM¹⁶. Des chercheurs étaient mis à contribution. Les échos étaient plutôt bons : les travaux donnaient l'impression d'être sérieux, sans partis pris.

La lettre de mission demandait un "*état des lieux*" des deux dispositifs - tarification à l'activité (T2A) et classification commune des actes médicaux (CCAM) - et soulignait plusieurs points d'attention rassemblés selon deux perspectives : "*les modalités d'évolution de ces deux dispositifs*" d'une part, "*les effets de ces deux dispositifs sur les transformations attendues de l'offre de soins*" d'autre part.

Disons-le tout de suite, compte tenu de ces enjeux et de ces moyens, le rapport de l'IGF nous paraît très décevant.

Cela commence par un mystère. Au final, nous avons droit à deux rapports et non un. L'IGAS a en effet publié un rapport de son côté¹⁷. Pourquoi donc ? On entend dire qu'il y a eu conflit entre les deux équipes. Une dépêche de presse nous précise simplement que "*les conclusions des deux inspections différant, deux rapports distincts ont été publiés. Alors que l'IGAS se fonde sur les coûts moyens pour recommander une cohérence entre la hiérarchie des coûts et la hiérarchie des tarifs ("neutralité tarifaire"), l'IGF prend pour base les coûts efficients "sans correction" pour la fixation des tarifs.*"¹⁸

On se battrait donc comme des chiffonniers sur un choix de méthode, certes intéressant, mais qui reste éloigné du cœur de l'objet de la mission. Étrange donc et ininterprétable par nous autres pauvres citoyens... Tout cela manque de la transparence dont tout le monde se réclame pourtant à tort et à travers.

Pour confirmer cette opacité dans les réflexions "officielles", rappelons la parution récente de nombreux autres rapports sur des sujets identiques¹⁹ et la création d'un groupe de travail spécifique par la Ministre Marisol Touraine

Restons donc sur ce dernier rapport. L'IGF, c'est important. Surtout en période de crise.

Il faut distinguer quatre parties bien distinctes : la "synthèse", le rapport lui-même, sa conclusion et les annexes qu'il faut considérer pour la plupart comme faisant partie du rapport car ce dernier y renvoie souvent. Le rapport proprement dit fait 37 pages, l'ensemble fait 526 pages. Une somme, donc, dans laquelle on trouve forcément des informations intéressantes.

Mais, pour illustrer notre déception, centrons-nous ici sur la synthèse. La lecture attentive de l'intégralité du rapport confirme.

Cette synthèse part des **objectifs d'origine**. Elle en donne de très nobles. *"Dans leur modèle d'origine, les instruments de tarification visent, dans une logique principalement médico-économique, à financer la production du meilleur soin au meilleur coût (efficacité productive) et à assurer l'équité dans la répartition des moyens qui en est le corollaire (efficacité allocative). Parallèlement, l'État a souhaité poursuivre un objectif de maîtrise budgétaire des dépenses d'assurance maladie et un objectif de structuration de l'offre de soins en établissement, pour l'adapter progressivement aux besoins de santé et aux évolutions des modalités de prise en charge."* La réalité est beaucoup plus modeste, en particulier en ce qui concerne la T2A. On ne trouve rien dans le rapport sur son historique, sa naissance en 1983, dans un contexte de crise, déjà. Il s'agissait, tout simplement, de savoir ce que produisait le système et de payer les établissements publics pour ce qu'ils faisaient et non plus pour ce qu'ils étaient. Le Budget global devait durer un an. Il dura plus de 20 ans et les effets pervers qu'il a générés sont encore là. L'hôpital ne sait toujours pas facturer et le Ministre lui-même ose dire comme si c'était un absolu moral ou l'alpha et l'oméga de la pensée économique en santé que *"l'hôpital n'est pas une entreprise"*.²⁰ Comment ne pas rappeler une fois encore la citation d'André Loth, responsable du PMSI²¹ au Ministère de la santé au début des années 1990 : *"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."* Rappelons aussi qu'au début des années 1990, 10 ans après l'avènement du PMSI et de la comptabilité analytique, on ne savait que deux choses de la production du système hospitalier : le nombre de naissance grâce aux Maires que cela intéressait, et le nombre de morts, car la police s'y intéressait. Hormis cela, rien. Nous venons de là. Il faut s'en souvenir pour tout à la fois mesurer le chemin parcouru et resituer les discours anti PMSI et anti T2A. Plus personne ne conteste l'utilité des bases de données issues du

PMSI, tout le monde se réjouit de l'accessibilité grandissante des bases de données de la CNAM. Mais beaucoup contestent encore la dimension d'équité liée à la T2A, inter et intrasecteurs, beaucoup contestent encore le fait qu'il faut payer les gens et les établissements pour ce qu'ils font. Parmi eux, paradoxalement, bon nombre des conseillers du gouvernement actuel. C'est bien dans ce contexte qu'il faut resituer les exigences d'efficacité "*productive*" et d'efficacité "*allocative*". Le rapport ne le fait pas et cet oubli du contexte risque de fragiliser ses conclusions. Nous ne sommes pas chez les bisounours. De la même façon, quand on parle de la structuration de l'offre de soins, il paraîtrait opportun de rappeler qu'il s'agit d'un immense problème. En effet, rompant avec une tradition longue et féconde, l'Etat lui-même faillit à sa tâche et à ses responsabilités puisque, sauf exception, il est incapable depuis 2003 d'assumer ses responsabilités en matière de dispositif d'autorisation. A plus forte raison, dans le contexte actuel, il est clair qu'il ne restructurera pas à partir de la tarification. On entend déjà l'insulte suprême chez nous : il ferait de la "*régulation comptable*". Une fois de plus, que les comptables nous excusent, mais nous en sommes bien là.

Par contre, les rapporteurs ont sans doute raison "*d'attirer l'attention des ministres sur certains aspects qui lui paraissent majeurs. Les constats étayés de la mission montrent que la T2A comme la CCAM tendent progressivement, et sous l'effet de corrections techniques répétées, à perdre leur logique médico-économique.*" "*La T2A s'oriente vers une simple clé de répartition budgétaire de plus en plus éloignée de toutes références économiques. Elle s'apparente à une dotation globale sophistiquée indexée sur l'activité.*" "*La CCAM, comme tarif cible, n'est utilisée et mise à jour que ponctuellement, car elle ne permet pas de lutter efficacement contre les iniquités entre les spécialités, c'est-à-dire de tarifier l'acte à son juste-coût.*"²²

Mais, concernant la T2A, en tirer la conclusion selon laquelle "*il en résulte que, pour les établissements, la logique de maximisation des recettes tend à prévaloir sur celle de maîtrise des coûts et d'efficacité productive*", c'est sans doute trahir une méconnaissance de la réalité de terrain. La grosse majorité des établissements ne connaît pas la rentabilité de ses GHS²³. Beaucoup, dans le public, confondent encore chiffre d'affaires et résultats. Les rapporteurs ne s'arrêtent pas sur ce type de constat. Ils ne se posent pas la question du "pourquoi ?" C'est dommage et cela nuit à la cohérence de leur rapport. En effet, si la gestion des établissements était à la hauteur, même avec une "*dotations globale sophistiquée indexée sur l'activité*", qu'est ce qui empêcherait le gestionnaire digne de ce nom de savoir là où il est efficace et là où il l'est moins ?... La question est bien là. Est-ce pécher que de gérer ou est-ce une nécessité de service public et de bon usage des deniers publics ?

Concernant la CCAM, la pauvre, c'est lui prêter bien des vertus que de l'accuser de ne pas permettre "*de lutter efficacement contre les iniquités entre les spécialités, c'est-à-dire de tarifier l'acte à son juste-coût*". C'est accuser l'outil et non celui qui le tient. Si je me tape sur le doigt au lieu de taper sur le clou, faut-il vraiment incriminer le marteau ?

"L'objectif d'efficience productive ne peut pas être rempli du fait de la mauvaise qualité du **signal-prix**"²⁴. L'affirmation est belle, mais elle n'est pas explicitée et tombe en conséquence un peu à plat. Il y a en fait deux sujets. La "mauvaise qualité du signal-prix" tient au fait que le ministère ne communique pas sur son "signal". Si les prix fixés doivent orienter les établissements, il faut le dire, durer, le faire comprendre, l'expliciter, suivre les effets et communiquer sur eux²⁵. Cela n'est pratiquement jamais fait. Le séminaire gouvernemental qui devait conduire au "tarif identique" chirurgie ambulatoire - chirurgie en séjour traditionnel avait été significatif là-dessus. Il avait bien montré que le Ministère n'était pas prêt à expliciter sa politique tarifaire et à évaluer l'impact. Et puis la DGOS proclamait sa foi en la planification et son doute sur les effets incitatifs des tarifs.

A ce sujet permettons-nous une incidence. La lettre de mission posait une question qui, même si elle était plus large, pouvait très bien se rattacher directement à ce sujet du tarif identique en **chirurgie ambulatoire** : "Comment davantage orienter cette tarification pour inciter à des évolutions de l'organisation du système de soins, notamment en promouvant des activités en ambulatoire tout en s'assurant de la compatibilité entre les incitations microéconomiques et les objectifs généraux de régulation". Hélas, rien. Méconnaissance du dossier et de son importance ?

Le rapport a le mérite de reprendre quelques constats d'évidence. "L'objectif de juste répartition des financements s'est heurté, pour la T2A, à l'existence de **financements complémentaires** atténuant fortement son caractère redistributif et, pour la CCAM, au jeu de la négociation conventionnelle, qui allié à des problèmes de périmètres et à la contrainte budgétaire, a conduit à neutraliser ces effets". "L'objectif d'amélioration de l'offre de soins a des résultats contrastés. Dès lors que les outils tarifaires permettent de financer une offre plus qu'un besoin, ils supposent que des outils complémentaires, modulables par les ARS, soient mis en place notamment pour favoriser les restructurations et la qualité. Or les dispositifs existants sont limités."²⁶

En définitive, "la mission est convaincue que l'absence de choix politiques cohérents sur les **objectifs de la T2A** conduira, à terme, à lui ôter toute portée et donc toute utilité". "Dans le cas de la CCAM [...] la mission conclut en faveur de la démarche de financement diversifié retenue par la CNAMTS, qui s'appuie notamment sur les évolutions des revenus des praticiens, tout en préconisant une rénovation de l'outil et une meilleure transparence dans la gestion."

"Cette étude ne remet donc pas en cause la **pertinence** de la T2A et de la CCAM. Bien au contraire, elle conclut, dans le schéma qu'elle privilégie, à la nécessité de revenir aux fondamentaux de ces outils, de manière réaliste et adaptée à la situation actuelle, notamment en matière de maîtrise des dépenses publiques." Il est temps de passer aux propositions. "Il est en effet possible de sauvegarder la logique tarifaire dans un cadre régulé global."

Comment ?

Les outils tarifaires auraient "vocation à poursuivre l'objectif d'optimisation du système de production de soins et donc la répartition équitable des financements". Pour cela "les tarifs seraient conformes aux **coûts efficaces** des établissements sans aucune correction ; la CCAM cible serait actualisée pour venir s'inscrire dans une démarche plus globale de la CNAMTS".

"Des mécanismes complémentaires orientant davantage le financement vers les besoins viseraient à financer les activités sous-efficaces nécessaires et justifiées, au sein de « missions d'intérêt général » mieux encadrées ; la restructuration des établissements, en finançant transitoirement une sous-efficacité non-justifiée et en la mettant sous pression budgétaire²⁷ ; une politique de qualité, de pertinence et de coordination des soins, notamment via un fonds d'intervention régional." Là on ne suit plus. Ces concepts sont intéressants, mais on se dit une fois de plus que les rapporteurs manquent d'expérience... ou que tout ce langage un peu compliqué est destiné à ce que rien ne change. A part la dernière proposition concernant "une politique de qualité", on a en effet envie de leur dire qu'on a déjà donné ! Et la suite est inquiétante : "Fixée en fonction de coûts réputés efficaces et non plus de coûts moyens, l'enveloppe tarifaire serait de fait réduite, permettant ainsi de financer les mesures du second pilier". C'est bien ça : que rien ne change : baissions les tarifs et augmentons les subventions ! Mais l'habillage est beau : "La régulation prix-volume serait remplacée, à la fois par des tarifs dégressifs s'appliquant aux volumes jugés excessifs et par une pression différenciée sur l'enveloppe finançant transitoirement la sous-efficacité non-justifiée. Il s'agirait ainsi d'éviter qu'une application homothétique de l'ONDAM sur les tarifs, ne pénalise les acteurs de soins les plus efficaces." Ce n'est pas beau, ça ?

Alors au total, même si le corps du rapport est plus nourri que ces citations tirées de la synthèse, on est bien en face d'un rapport décevant. Il apparaît un peu besogneux, parfois peu cohérent, n'arrivant pas à situer les grandes problématiques pour éclairer les décideurs²⁸.

Donnons quelques exemples.

- **Concurrence par comparaison et planification.** Il n'y a rien sur la contradiction entre les deux approches, celle de la concurrence fictive, appelée ici concurrence par comparaison et la planification. En son temps, pourtant, la Cour des Comptes avait souligné les contradictions du "non-choix" actuel.
- **L'hôpital n'est pas une entreprise.** Rien n'est dit sur la contradiction qu'il y a à payer les établissements à l'activité et à faire, par les prix, pression pour une plus grande productivité alors même qu'on continue à faire en sorte que l'"hôpital ne soit pas une entreprise" et qu'en conséquence il n'y ait pas de capitaine au navire, ou plutôt qu'il y en ait plusieurs aux intérêts divergents. Comment s'étonner alors du peu de succès de la comptabilité analytique ?²⁹ Ce n'est pas là que ça se passe ! Comme le disait Jean de Kervasdoué il y a de nombreuses années, on est dans la situation d'un coureur dont on bloque une des deux jambes au moment où on lui ordonne de courir. L'expérience prouve qu'il tombe assez rapidement. Nous aussi !

- **Deux approches tarifaires.** Rien sur le choix fondamentalement opposé de l'approche "prix", forfaitaire, "produit" de la T2A et de l'approche par composantes, dans le menu détail de la CCAM. Faudrait-il ressortir le vieil exemple du yaourt ? : pense-t-on plus utile, plus judicieux, plus commode, plus efficace d'acheter un produit dénommé yaourt, ou pense-t-on plus utile, plus judicieux, plus commode, plus efficace d'acheter une série de composants - carton, aluminium, lait, ferment, peinture, subvention pour le frigo, savoirs faire... -. Il ne faut pas en rire. C'est un vrai sujet qu'on n'aborde jamais en France. On est resté sur des positions figées du temps où une partie de la DGOS de l'époque penchait pour l'approche "produit" et où le directeur de la CNAM de l'époque, Gilles Johanet faisait tout pour contrer cette approche. Cette erreur stratégique a fait perdre à la CNAM tout son pouvoir sur l'hospitalisation. Nous défendons souvent ici le point de vue selon lequel l'approche forfaitaire génère une capacité d'innovation et de progrès pour les professionnels et qu'ils y ont donc intérêt comme le pays. Mais il ne faut pas en rester là, car d'un point de vue santé publique, les bases de données de la CNAM seraient bien utiles si on pouvait mieux les exploiter. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients. C'était bien la mission de l'IGAS et de l'IGF d'en faire le bilan, de nous mettre en perspective. Hélas, rien.
- **Dépassements d'honoraires.** Rien non plus sur le fond du sujet pourtant d'actualité des dépassements d'honoraires. Bien sûr le rapport en parle et fait des études savantes et intéressantes, mais rien sur la conception de la médecine que ce système d'allocation suppose, rien non plus sur sa cohérence ou son incohérence avec les principes fondateurs de la solidarité nationale et de la sécurité sociale. Rien sur l'enjeu concernant l'avenir de la médecine d'exercice libéral. Dans ce vide, comment réformer autrement que par placebo ? Nous y sommes et, ici, les rapporteurs n'éclairent, hélas, pas les décideurs.
- **La détermination des "besoins".** Les rapporteurs parlent à maintes reprises du fait qu'il faut répondre aux "besoins". On ne peut qu'y souscrire, mais ils ne disent rien sur la manière de les connaître et de les quantifier. Ils donnent l'impression que les directeurs d'ARS les connaissent, eux, les "besoins". On sait ce que donne cette approche "planificatrice".
- **Tarification et coût marginal.** Et pourtant les rapporteurs proposent de baisser les tarifs pour qu'ils soient au niveau des plus efficaces. Mais alors, à part les subventions, que fait-on de ceux qui ne peuvent plus "produire" car ils ne sont pas assez "performants" ? Sans doute manquait-il dans l'équipe un économiste qui signale l'intérêt et les limites de l'approche du coût marginal. Au-delà du débat qui semble avoir eu lieu entre l'IGF et l'IGAS sur le choix du coût moyen ou du "coût réputé efficace" et dont il aurait été intéressant de connaître les arguments, on ne voit rien sur le coût marginal, ses avantages et ses inconvénients. Pourtant, on ne voit pas non plus comment y échapper en termes d'aménagement du territoire.

- **Un outil - un objectif.** Même si le rapport réclame l'application d'un principe élémentaire "*un outil - un objectif*" on a la fâcheuse impression contraire à la lecture³⁰.
- **La fonction "achat".** Concernant la T2A, puisqu'on se situe dans une approche de concurrence par comparaison, il y a bien un acheteur quelque part. Le rapport nous parle souvent d'outils complémentaires. Il n'est donc pas loin. Mais il ne va pas jusqu'au bout des objectifs "*élémentaires*" de tout acheteur "le prix - la qualité - le délai". Les rapporteurs s'étendent à juste raison sur l'approche prix. Mais ils ne définissent pas la problématique de la qualité et encore moins celle du délai. La qualité du rapport en pâtit. De même, s'ils avaient cherché à faire l'état des lieux du point de vue du triptyque "prix qualité délai", ils auraient sans nul doute approché la question de la gouvernance de l'ensemble. Ils ne font que le bordurer, presque par hasard, et n'offrent donc pas vraiment de perspective cohérente.
- **Incitation par bonus ou par malus ?** Le rapport reste toujours sur l'approche par "*bonus*". On est dans la logique de la planification par subventions. Le bonus a du bon mais la question du partage des progrès de productivité n'est pas abordée, or elle constitue un intéressement redoutablement efficace. La question de l'outil du malus n'est même pas évoquée. Or, on sait que si la subvention coûte cher et est peu efficace, par contre, l'utilisation de malus, même "*symboliques*" peut être très efficace. Il y avait donc là aussi une vraie problématique à souligner comme faisant partie de l'état des lieux demandé par la lettre de mission. Rien non plus sur ces sujets.
- **La "vérité comptable".** Par ailleurs sur les pouvoirs de la comptabilité, l'objectivité d'un coût, on a la fâcheuse impression de rester au niveau qu'ont connu les industriels au retour des voyages dits de "productivité" aux Etats Unis, voyages organisés dans les années 50 grâce à l'aide du "Plan Marshall". La "vérité", alors, était dans la classe 9. Les industriels ont beaucoup et vite appris. Pas nous³¹. Autrement dit les auteurs donnent l'impression de faire trop confiance à la "vérité" de la comptabilité analytique sans savoir qu'elle est largement conventionnelle. Les services de la DGOS de l'époque, il y a plus de 20 ans, avaient fait un pas de géant en choisissant d'abandonner l'approche "coût complet" pour organiser une comptabilité analytique en "coût direct matière main-d'œuvre" comme le font tous les industriels. Il y a là de vrais choix organisationnels. On n'en trouve hélas pas trace dans le rapport. Hélas, la comptabilité analytique n'est pas un "en soi" indépendant, délivrant scientifiquement la "vérité" des coûts. Les écarts de coûts faramineux justement signalés par les rapporteurs auraient dû les amener aussi sur ce terrain. Ils ne l'ont pas fait. Même si les décrets et l'ATIH font une bonne part du travail, ils ne signalent même pas que notre secteur ne dispose toujours pas de Plan Comptable Professionnel³² !
- **L'Europe.** Pour une fois les rapporteurs sont allés voir un peu à côté de chez nous, en Angleterre et en Allemagne. On ne peut que les en féliciter. Mais on est un peu déçu de ce qu'ils en retiennent. Là encore on reste un peu au niveau de recettes, certe intéressantes, mais à l'impact limité quand

on ne les remet pas dans leur contexte, dans la cohérence d'un système. On s'étonne aussi, concernant l'Allemagne, qu'ils n'aient pas signalé l'immense gâchis qu'a constitué le désintérêt de la France lorsque les Allemands ont choisi leur système de DRG³³. Nous avons eu l'occasion d'évoquer déjà ici ce terrible loupé. Mais puisque nos auteurs s'intéressent tant au "benchmarking", pourquoi n'ont-ils pas signalé le sujet ? Pourquoi n'ont-ils pas évoqué les voies et moyens de réparer cette bévue. Certes, élaborer un système suffisamment commun pour être comparable nécessiterait une forte volonté politique, mais comment l'obtenir si on ne signale pas les enjeux aux décideurs. Certes, adapter nos systèmes coûterait, mais a-t-on essayé de chiffrer ce que les décideurs et nos pays respectifs en retireraient, a-t-on chiffré le coût des nombreux programmes subventionnés permettant aux chercheurs de trouver les moyens de rendre comparable nos nomenclatures respectives ?

On pourrait continuer encore.

Rien par exemple sur l'inévitable "**échelle commune de référence**", d'autant plus indispensable qu'on a abandonné la "convergence". Publier les tarifs en novembre comme le préconise le rapport, c'est un progrès, mais avoir des repères pluriannuels sur les orientations voulues par l'Etat c'est encore mieux... Cette "échelle commune de référence" avait été décidée de façon conjointe par la DGOS (Claire Bazy-Malaurie) et par la CNAM (Gérard Rameix) - temps béni où, au-delà des enjeux de pouvoir, les deux institutions se permettaient parfois de coopérer sur des objectifs communs !

La **productivité** est bien au cœur du rapport, mais toujours en résultante d'une pression sur les prix, presque jamais comme objectif d'organisation du système.

L'approche par **épisode**³⁴ ou parcours de soins est évoquée, mais les rapporteurs n'éclaircissent en rien sur les conséquences aussi fortes que brutales - peut-être nécessaires ? - en termes de restructuration. On sait pourtant que c'est cela qui bloquera les politiques et qu'en conséquence, leurs discours risquent de ne pas déboucher sur grand chose.

L'exemple allemand de régulation par baisse des prix au-delà d'un certain volume est intéressant³⁵, mais la critique de ce système qui repose sur des **économies d'échelles**, rares en santé, n'est pas faite. Par contre l'idée d'un prix provisoire sur la campagne pour garantir le respect de l'ONDAM n'est même pas évoquée.

Mais il faut arrêter là.

Une chronique n'est pas un rapport d'analyse. Par contre elle permet d'exprimer une inquiétude en la fondant. On retiendra surtout de ce rapport que la promotion d'une dose de concurrence par comparaison, telle qu'il la promeut, risque en fait de renforcer **une économie subventionnée** et donc d'aboutir au résultat inverse de celui recherché. Il sous-estime l'incapacité de l'Etat à prendre ses responsabilités en termes de restructuration du secteur public. Cette sous-estimation entache ses prescriptions d'irréalisme. A un moment où la Mi-

nistre veut revoir la T2A, on aurait bien aimé un rapport plus solide, plus cohérent, dégageant et clarifiant les problématiques afin que les décideurs politiques soient éclairés dans leurs choix et se préparent à assumer les conséquences de leurs choix. Du côté de l'IGF, le chantier qui s'ouvre n'est pas aussi bien préparé qu'on l'aurait souhaité. Il demeure pourtant fondamental pour notre avenir.

"Ordonnance de placebo"

La question des dépassements d'honoraires a encore occupé bien des conversations. Et ce n'est pas fini. Curieusement l'avenant n° 8 définitif a été difficile à trouver³⁶. On reste donc jusqu'au bout dans le rocambolesque. La question n'en reste pourtant pas moins importante. Il faut donc lire les 22 pages de l'accord et aller voir parmi les 33 pages d'annexes les tarifs, forfaits techniques et autres tarifs cibles concernés. Qu'en dire ? Un de nos plus fidèles lecteurs nous a induits en tentation. Il nous a signalé le papier du Canard enchaîné comme étant un bon papier. Nous sommes donc allés voir. Effectivement. Une fois n'est pas coutume et nous avons déjà beaucoup écrit sur le sujet des dépassements d'honoraires, pas très fiers, nous succombons à la tentation. Voici donc ce papier³⁷.

"Youhou ! Y a quelqu'un pour vanter l'accord sur les dépassements d'honoraires ? Personne. Pas une voix, à part celle de la ministre Marisol Touraine, qui s'égosille. L'accord conclu le 23 octobre avec les toubibs est « *un tournant majeur* », s'est congratulée la ministre de la Santé sur TF1. « *Un accord historique* », a ajouté à l'AFP un porte-parole de l'Elysée. Clap. Clap. Et personne d'autre n'a applaudi... L'accord devait limiter les dépassements d'honoraires, non remboursés par la Sécu, qui plombent le porte-monnaie des patients. Le résultat est unanimement flingué : c'est « *un fiasco* », s'étranglent les associations de malades. « *Une reddition en rase campagne* », soupire un député PS. « *Ce n'est pas un tournant majeur, ce n'est pas un accord historique. C'est un pari a minima* », a taclé le président de la MGEN dans « Le Nouvel Observateur » (24/10). Pire : l'accord « *sanctuarise* » les dépassements d'honoraires, estime l'économiste de la santé Didier Tabuteau (1'« Obs », 25/10). Ce n'est plus un remède, c'est un poison !

Mais la ministre, elle, campe sur son petit nuage de com', n'hésitant pas à vendre des vessies pour des lanternes. « *Concrètement, en province, les Français ne devront pas payer plus de 70 euros, sinon le médecin pourra faire l'objet d'avertissement ou de sanction* », a expliqué Marisol Touraine sur le plateau de TF1. Formidable ! Sauf que ce prétendu plafond de 70 euros (soit, quand même, 150 % du tarif Sécu pour une consultation chez un spécialiste) n'existe pas. Il est évoqué comme simple « *repère* », uniquement dans le préambule de l'accord. Quelle est la valeur de ce préambule ? a demandé « Le

Canard » à l'Assurance-maladie. Aucune, répond celle-ci par écrit : « *Le préambule constitue une déclaration d'intention des signataires, sans effet juridique ni caractère normatif.* » Du flan, en langage moins juridique !

Le président d'un syndicat de médecins en soupire d'aise : « *Grosso modo, on pourra continuer à aller sans problème jusqu'à 400 du tarif Sécu.* » Comme avant ! Et ceux qui s'obstineront à aller au-delà ne risqueront pas grand-chose. Comme « Le Canard » l'a raconté (17-10), la procédure de sanction prévue est belle comme une usine à gaz, avec d'incroyables et d'interminables renvois de ba-balle entre commissions paritaires, ordre des médecins, instances régionales, nationales, etc. « *La sanction se perdr[a] dans les méandres de sa complexité* », dénonce le CISS (collectif des associations de santé).

Mais l'accord n'est pas complètement vide. Il prévoit que des praticiens volontaires appliqueront le tarif Sécu aux pauvres (titulaires de la CMU ou de l'aide pour une complémentaire santé) en échange d'allègements de charges. Rien ne dit combien de médecins entreront dans cette danse. Mais ça n'a pas empêché la ministre Touraine de faire comme si c'était fait, saluant, dans un communiqué osé : « *Grâce à cet accord (...), près de 5 millions de Français supplémentaires auront la garantie d'être soignés au tarif de la Sécurité sociale.* »

Au moins une qui n'a pas besoin d'une cure d'optimisme..."

Puisque nous en sommes aux citations, pourquoi ne pas reprendre la très bonne métaphore de Xavier Gouyou Beauchamps, secrétaire général du BLOC et infatigable pédagogue par l'humour : celle de "*la grenouille qui, dit-on, ne réagit pas jusqu'à se laisser ébouillanter lorsqu'on augmente progressivement la température de l'eau dans laquelle on l'a plongée [...] mais qui, dit-on, saute et sauve sa peau quand on la plonge brutalement dans une eau brûlante.*"³⁸

Effectivement presque rien n'est réglé, ce qui veut dire que les turpitudes actuelles vont encore durer et que la médecine libérale va finir par disparaître, mais on peut rester sur le fait qu'un tout petit peu a quand même avancé³⁹. On peut tout aussi bien se dire qu'on ne veut pas être suspecté de connivence avec ce placebo car la maladie est trop grave et le placebo est en-dessous des 30 % d'efficacité habituels. Comme la grenouille, on reste, au risque d'en mourir, ou on saute en dehors, tout de suite, et on assume.

Le rendez-vous du 12 novembre⁴⁰ oblige chacun à se positionner. En conscience, loin des rodomontades, des imprécations, du bruit, de la fureur, des petits arrangements mesquins ou des grandes lâchetés, en essayant de discerner le vrai choix d'avenir pour nous, pour le système, pour les patients...

Il est temps. Il le faut.

-
- ¹ Cf. mail UNHPC 12/606 du 23 octobre 2012
- ² Cf. mail UNHPC 12/607 du 24 octobre 2012
- ³ Cf. mail UNHPC 12/612 du 25 octobre 2012
- ⁴ Cf. mail UNHPC 12/613 du 25 octobre 2012
- ⁵ Cf. mail UNHPC 12/614 du 25 octobre 2012
- ⁶ Cf. mail UNHPC 12/620 du 30 octobre 2012
- ⁷ Cf. mail UNHPC 12/621 du 31 octobre 2012
- ⁸ Cf. mail UNHPC 12/624 du 2 novembre 2012
- ⁹ Cf. mail UNHPC 12/622 du 2 novembre 2012
- ¹⁰ Cf. mail UNHPC 12/609 du 25 octobre 2012 ou http://www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/Nos_Rapports/documents/2012/2011-M-056-01.pdf
- ¹¹ Respectivement Ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, Porte parole du Gouvernement
- ¹² Cette lettre de mission est annexée au Rapport
- ¹³ IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- ¹⁴ IGF : Inspection générale des finances
- ¹⁵ ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ¹⁶ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
- ¹⁷ Pierre-Louis Bras, Jean-Luc Vieilleribière, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Pierre Lesteven, conseiller général des établissements de santé - Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux - Mars 2012
Cf. mail UNHPC 12/588 du 10 octobre 2012 ou http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/TOME_1_RM2012-024P.pdf
- ¹⁸ APM International - T2A : l'IGF prône des tarifs issus des coûts efficaces et non moyens - cb/ab/APM polsan CBPIO001 24/10/2012 17:17 ACTU
L'APM précise conformément au rapport IGF : "*coûts efficaces, c'est-à-dire aux coûts minimaux rentables pour un établissement exerçant dans des conditions optimales*"
Cf. aussi p. 33 : "*les tarifs T2A seraient fixés aux coûts efficaces, c'est-à-dire à un coût réputé être le coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales.*" Ah, la réputation, jusqu'où ne va-t-elle pas se nicher ?!
- ¹⁹ Citons entre autres :
- Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Panel, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales - *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé* - Rapport daté de mars 2012
Cf mail UNHPC 12/588 du 10 octobre 2012
 - IGAS - *Proposition pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017* - Rapport daté de juin 2012
Cf. mail UNHPC 12/455 du 20 juillet 2012
 - IGAS - *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants* - Rapport daté d'avril 2012
Cf. mail UNHPC 12/522 du 4 septembre 2012
 - et même : IGAS - *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* - Rapport daté de mars 2012
Cf. mail UNHPC 12/458 du 20 juillet 2012
 - les auditions et le rapport de la MECSS : *Rapport d'information fait au nom de la mission*

- d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé
Cf. en particulier le mail UNHPC 12/474 du 26 juillet 2012. Nous avons aussi diffusé tous les comptes-rendus d'audition au fur et à mesure de leur parution
- mais aussi les rapports de la Cour des Comptes et les rapports au Parlement faits dans le cadre du PLFSS...
- ²⁰ Après le récent rapport de l'IOM "*Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*" (Cf. nos mails UNHPC 12/531 et 12/532 du 8 septembre 2012 ainsi que notre chronique 12/36 du lundi 10 septembre 2012), il est amusant de signaler la démarche Québécoise elle aussi exactent inverse à celle de la France : "*Depuis la nomination du ministre de la Santé, M. Yves Bolduc, nous entendons parler, autant dans les médias qu'au ministère de la Santé, du désir du ministre d'instaurer l'approche Toyota, qui prône le respect des personnes et l'amélioration dans le secteur de la santé. Mais qu'est-ce que l'approche Toyota ? Et comment ce processus de fabrication peut-il venir en aide aux hôpitaux ?*"
Pierre Simard - *Un mariage de talent et de processus : la méthode Toyota* - Le Médecin du Québec, volume 43, numéro 11, novembre 2008 p. 63-66
Cf. mail UNHPC 12/626 de ce jour
- ²¹ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ²² "*Les 25 % de spécialités les moins rémunératrices ont vu leurs revenus progresser de 6 % tandis que les 25 % de spécialités les plus rémunérées ont progressé de 17 %. Les spécialités les mieux rémunérées ont connu une progression de leurs revenus plus de deux fois plus rapide que les spécialités les moins bien rémunérées*". p. 21. S'il y avait une logique...
- ²³ "*La mission a d'ailleurs observé que les niveaux variables de dispersion ne font pas l'objet d'une interrogation particulière par les établissements, qui ne calculent pas, sauf exception, leurs coûts par GHM.*" p. 8
- ²⁴ Cf aussi pp 10 à 13 du rapport
- ²⁵ "*À défaut de véritable signal-prix et compte tenu des difficultés pour les établissements à adopter des outils pertinents, il est évident que le pilotage des structures s'opère aujourd'hui moins par la rationalisation des coûts que par l'augmentation du volume d'activité. Les plans d'investissement (hôpital 2007 et 2012) ont certainement alimenté cette tendance. De même, la compensation des effets réallocatifs de la T2A par des financements complémentaires (voir infra) réduit encore l'incitation à la baisse des charges.*" p. 15
- ²⁶ Cf. aussi p. 25 : "*il paraît incontestable que la T2A a eu un effet dynamisant sur les volumes et les parts d'activité. Rien n'indique toutefois qu'elle puisse à elle seule restructurer l'offre existante dans le sens souhaité par les pouvoirs publics, notamment dans un souci de gradation et de permanence des soins.*" Certes !
- ²⁷ Cf aussi, p. 34 "*le maintien de structures légitimement sous-efficientes, en particulier pour des raisons d'égal accès aux soins, nécessiterait des compléments de financement, sans toutefois que ceux-ci compensent la sous-efficacité illégitime*". Il faudra demander à l'IGF de prévoir des stages de formation pour expliquer aux gestionnaires comment faire et aux ARS comment définir la "sous efficacité illégitime" !
- ²⁸ Pour être tout à fait objectif signalons quand même la petite tentative présentée en conclusion du rapport, p. 37
- "*Quelles perspectives pour la T2A ? Deux orientations sont possibles :*
- *prolonger la situation actuelle où les préoccupations d'efficacité médico- économique et d'équité tendent à s'effacer au profit d'une technique d'allocation budgétaire qui incite en fait les établissements à jouer sur les volumes d'activité pour optimiser leurs budgets ;*
 - *revenir à la conception initiale de la T2A où la connaissance, la mesure, la comparaison et la maîtrise des coûts est au centre d'un dispositif de « concurrence par comparaison » tendant à assurer l'efficacité médico-économique de l'activité hospitalière, cette orientation comportant également des outils garantissant la pertinence, la qualité et l'offre coordonnée de soins.*

- Faut-il maintenir et actualiser la CCAM ? Trois réponses sont envisageables :
 - le statu quo de cet outil conduirait à terme à lui ôter toute pertinence ;
 - l'extension de la CCAM aux consultations cliniques pourrait faciliter la poursuite de l'objectif d'équité mais serait inflationniste et complexe à mettre en place ;
 - l'actualisation de l'outil serait possible afin de l'inscrire dans une démarche diversifiée et transparente au service de l'équité inter-spécialités.
- La mission préconise de retenir pour chacune de ces questions, le dernier type de réponse."
- ²⁹ "Cela étant, bien qu'en net progrès, la culture de gestion des établissements publics présente encore d'importantes marges d'évolution" ... p. 13
- ³⁰ Exemple : "Les tarifs ne sont pas calculés en tenant compte de la qualité du service rendu et de la pertinence des actes. Ils n'intègrent pas non plus de mécanisme visant à maîtriser le volume des séjours ou des actes." p.27
- ³¹ Dans le même ordre d'idée on peut être surpris par l'affirmation suivante, en page 5 du rapport : "la CCAM donne aujourd'hui une information précise sur le type d'actes médicaux pratiqués en ville et sur la structure des coûts associés". C'est oublier un peu vite que cette "structure de coûts" est "à dire d'experts" revue et homogénéisée par négociation...
- ³² Pourtant : "Les coûts collectés sont de mauvaise qualité compte tenu notamment des règles de comptabilité analytique. Ces dernières ne permettent pas la restitution d'une image fidèle et harmonisée des coûts". p. 6
- ³³ Les Allemands ont procédé par appel d'offres. Martine Aoustin, à peine nommée à la tête de la Mission Tarification à l'Activité en 2003 découvre le dossier. Sans avoir encore de moyens, elle improvise une offre, mais n'a pas le temps de saisir les politiques et de leur démontrer l'importance des enjeux. Comme on le sait, les Allemands ont choisi le système des Australiens... Si les Allemands et les Français avaient choisi un système comparable, on peut raisonnablement penser qu'immédiatement les Italiens et les Portugais auraient suivi. On imagine les effets bénéfiques sur tous nos pays !
- ³⁴ Curieusement l'épisode de soins est défini (p. 28) comme "le paiement d'un ensemble d'actes ou de consultations normés". Toujours la planification ! Si tout est "normé", comment progresser ?
- ³⁵ "des tarifs T2A dégressifs au-delà d'un volume d'activité déterminé pourraient être mis en œuvre" p. 28 et encadré p. 35. Mais, "en outre, les effets budgétaires du tarif dégressif seront fonction de la qualité de la négociation contractuelle entre l'ARS et les établissements sur la détermination de la limite en volume" !...
- ³⁶ Par sécurité nous diffusons ce jour l'accord dans la version revêtue des signatures, afin que chacun soit sûr d'avoir la bonne.
Cf. mail UNHPC 12/628
- ³⁷ Isabelle Barré - *Ordonnance de placebo* - Le Canard enchaîné n° 4801 - 31 octobre 2012 p. 8
- ³⁸ Newsletter UCDF N°3 : *Les choix face à l'avenant n° 8* - Lettre ouverte du Dr Xavier Gouyou Beauchamps - 3 novembre 2012
- ³⁹ Peu de commentateurs le soulignent, mais l'accord ne propose rien concernant la CCAM clinique. Encore une belle occasion manquée. Pour revenir au rapport de l'IGF il y est dit à plusieurs reprises qu'il faut être très prudent car prendre en charge la CCAM clinique va coûter cher. Attendons donc encore et encore. Entre autres, quand il n'y aura plus d'oncologues libéraux on dira que personne ne l'avait vu venir ! Encore une fois, quelle bêtise majeure il y a 10 ans d'avoir proposé et mis au point avec la CNAM une réforme du K15 avec du forfait et une forte incitation à la qualité, mais qui ne coûtait rien. Nous aurions dû demander beaucoup plus : avec le Plan Cancer ce qui était cher passait, ce qui ne coûtait rien ne passait pas. En attendant, la CCAM clinique non seulement n'intéresse personne, mais elle fait peur ! Alors continuons à nous mettre la tête sous le sable...
- ⁴⁰ Proposition et organisation de l'arrêt d'activité des médecins libéraux à partir du 12 novembre et manifestation le mercredi 14 novembre à 14 h devant le Ministère de la santé.

Comment assurer le respect de l'ONDAM ?

✦ Régulation par les prix ?

✦ Carnet de santé de la France - 2012

***La difficulté n'est pas
d'ouvrir les fronts :
ils sont béants
depuis des années.***

***La difficulté est de construire,
de porter le passage d'un état
du système à l'autre.***

Date de parution : lundi 12 novembre 2012

Mots types : PLFSS - Amendement 47 - ONDAM - Prix provisoires - Coefficient minorateur - Valorisation de l'activité - Prix - Volumes - Marisol Touraine - Christian Paul - Jean de Kervasdoué - Réforme - Système - Coût

En ce jour d'arrêt d'activité en signe de protestation de l'avenant n° 8 sur les dépassements d'honoraires, on se dit que, plus que jamais, *"la difficulté n'est pas d'ouvrir les fronts : ils sont béants depuis des années avec les dépassements d'honoraires, l'absence de régulation, la rémunération à l'acte, les déserts médicaux, les médicaments dangereux, les hospitalisations inutiles, l'absence de prévention, les malades chroniques mal suivis, etc*

La difficulté est de construire, de porter le passage d'un état du système à l'autre [...] Proposer des réformes est devenu un métier ! Un business même, parfois ! Réformer est un combat, une guérilla, une responsabilité que nous voulons prendre." Cette citation est extraite de l'avant-propos d'Etienne Caniard, Président de la Mutualité française, au Carnet de santé de la France 2012 qui vient de paraître sous la direction de Jean de Kervasdoué et que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs.

Nous revenons surtout cette semaine sur l'amendement 47 bis qui a été voté dans des conditions rocambolesques par l'Assemblée dans le cadre de la discussion sur le PLFSS 2013¹. Sujet technique s'il en fut. Rébar-

batif sans doute. Qui peut apparaître comme un détail mais qui ne l'est pas. La question est de savoir comment réguler pour assurer le respect de l'ONDAM². Il faut pour cela des outils suffisamment efficaces pour obtenir le résultat recherché mais suffisamment fins pour ne pas casser le ressort de nos entreprises et suffisamment clairs pour être compris et acceptés. L'idée de prix provisoires est une idée aussi vieille qu'inconcevable. Pourquoi prendre soudain l'initiative de la ressortir de telle façon qu'elle ne fonctionne pas ? Question angoissante dont nous n'avons pas la réponse. Question qui vaut pourtant de s'y arrêter tant elle conditionne le fonctionnement concret de nos établissements.

Régulation par les prix ?

Le PLFSS a été voté à l'Assemblée nationale. Il est maintenant au Sénat.

Il faut revenir sur l'affaire de l'amendement gouvernemental dit "amendement n° 788 portant article additionnel après l'article 47, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 798". La FHP a fait savoir son opposition déterminée à cet amendement.

Pour bien situer les choses, citons-le en entier, tel qu'il a été voté après adoption d'un sous-amendement :

"III. – Après l'article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

Art. L. 162-22-9-1. – I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégories d'établissements.

II. – Au regard notamment de l'avis mentionné au sixième alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné à l'alinéa précédent.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État."

Il s'agit d'un sujet aussi vieux qu'important.

Il date de 1991. Rappelons une fois encore cet épisode fondateur pour notre système. Claude Evin, Ministre, réduit autoritairement le chiffre d'affaires chirurgical des cliniques de 13 %. C'est évidemment intenable. Il explique à nos deux Fédérations de l'époque qu'il faut bien lutter contre le déficit de la sécurité sociale. "*Donnez-moi des idées, l'administration n'en a pas*"... Cela tombe bien, l'UHP³ vient de prendre un virage stratégique et veut prendre le risque d'une certaine "cogestion" du système, en tous les cas d'être un syndicat qui propose, puisqu'en effet "*l'administration n'a pas d'idées*" et que, lorsqu'elle en a, elles sont souvent peu adaptées à notre secteur. Il faut donc bien prendre en charge les soucis légitimes de la puissance publique pour trouver des éléments de cohérences entre l'intérêt général et les conditions d'avenir et de développement de nos entreprises et de nos métiers. C'est l'accord du 4 avril 1991. Il fait le choix de la mise sous enveloppe (l'OQN⁴, non parce que cela fait plaisir, mais parce qu'il vaut mieux organiser ce qui est inévitable...), il décide d'une application rapide de la T2A⁵ (être payé à l'activité pour échapper au budget global), de l'accréditation des établissements, publics comme privés, de la reconnaissance juridique de la chirurgie ambulatoire. Autrement dit mise sous enveloppe, paiement à l'activité, évaluation de la qualité par les professionnels et ouverture du plus important des gisements de productivité. C'était déjà beaucoup, mais il manquait un élément. Que se passe-t-il, en effet, si "l'objectif" n'est pas respecté ? Comment garantir son respect, par construction ? Nos organisations avaient proposé un dispositif de type "prix provisoire" comme il fonctionne dans certains autres secteurs d'activité. Autrement dit les tarifs mis en œuvre en début d'exercice sont légèrement inférieurs à ceux fixés pour l'exercice. Si l'objectif en masse est respecté, en fin d'exercice, ce qui est dû est reversé au prorata de l'activité. Exemple : l'objectif national croît de 3 %, il passe de 100 à 103. Les tarifs pratiqués ne sont pas relevés de 3 % mais de 1 % En fin d'année, la masse financière utilisée est de 102. Les établissements reçoivent un complément de 1 %. À l'époque, Claude Evin n'a pas suivi. "*Trop nouveau, trop osé*" avait-il dit. C'est le seul élément de l'accord du 4 avril qui n'y figure pas. Le problème, lui, demeure.

Le respect de l'ONDAM est un impératif : la question est de savoir comment l'assurer. Il faut trouver des moyens "techniques" compatibles avec la vie de nos entreprises, pardon, de nos établissements. La régulation par le volume est la tentation des planificateurs. Elle est un frein à la productivité. Elle crée des files d'attente. La tentation de la régulation par les prix est la tentation des économistes. Elle pousse à la productivité et à la restructuration mais demande beaucoup de finesse dans son pilotage.

Que se passe-t-il en fait ? Depuis plusieurs années, nous sommes soumis à la régulation "prix-volume". Il n'y a plus de négociation. La DGOS⁶ est seule à décider. Elle fait des prévisions d'augmentation de volume. En fait c'est là qu'il y a un semblant de "négociation" officieuse. Les Fédérations se mettent d'accord et chacun bluffe un maximum pour impressionner l'autre sur les prévisions en volume pour l'année qui suit. La DGOS a tendance à surestimer les

augmentations de volume prévisibles et les fédérations ont la tendance exactement inverse pour avoir du tarif. Les choses ne satisfont personne. Les rapports s'accumulent. L'un d'entre eux, le rapport "Briet" propose quelque chose de nouveau : puisque les MIGAC⁷ croissent fortement, il n'y a qu'à mettre en réserve une partie de ces MIGAC et ne les distribuer que si l'objectif est respecté. La mise en réserve est inférieure à ce qu'amène le taux de croissance des MIGAC. Ce n'est pas ou c'est très peu douloureux et ça fonctionne donc à peu près. Mais, en même temps, on peut dire, ce qui est vrai, que la position du privé est relativement privilégiée. Puisqu'il ne touche pas de MIGAC, ou peu s'en faut, il n'est pas concerné. En même temps, ces années-ci, c'est le public qui dépasse et c'est le privé qui est "vertueux" : traduisez, qui perd des parts de marché... Le débat peut donc s'éterniser mais on peut tout aussi bien se dire qu'un système plus équitable pourrait être mis en place. Pour les quelques spécialistes, la question des "prix provisoires" reste dans l'air. Ici même, pas plus tard que la semaine dernière, nous regrettons que l'IGF⁸ ne s'y soit pas penchée.⁹

La méthode de l'amendement gouvernemental

Sur la méthode, celle de l'amendement gouvernemental présenté au dernier moment, on reste une fois de plus stupéfait. Personne n'aborde le sujet avant. Tout d'un coup tombe un "amendement gouvernemental". Cela veut dire en langage clair qu'il sera voté. En plus, le Rapporteur, au nom de la Commission, y va de son petit sous amendement. Impréparation, brouhaha, désordre, suspension de séance à l'Assemblée. Manifestement les députés ont du mal à comprendre ce dont il s'agit. L'opposition le dit, la majorité peine à donner des explications. L'amendement est pourtant voté. Pourquoi tant d'impréparation ?

Extraits des débats à l'Assemblée (au début les députés ne connaissent pas le "sous-amendement", ils n'en ont pas le texte) :

M. Christian Paul, rapporteur. *Nous pouvons commencer à en parler. Nous pouvons nous écouter, chers collègues, et même nous répondre !*

M. Denis Jacquat. *Monsieur le président, au nom de mon groupe, je demande une suspension de séance de cinq minutes. Il n'est pas normal de discuter d'un amendement dont nous n'avons pas le texte. Je ne mets absolument pas en cause le rapporteur, mais c'est une question de principe.*

M. Bernard Accoyer. *Laissez faire, Monsieur Jacquat, c'est un cas d'annulation !*

Plus tard, le sous-amendement n° 798 a été distribué...

M. Christian Paul, rapporteur. *Vous allez voir, Monsieur Jacquat, vous allez le voter !*

M. le président. *Quel est l'avis du Gouvernement ?*

Mme Marisol Touraine, ministre. *Favorable. [...]*

Mme Bérengère Poletti. *Tout cela semble très technique et très obscur.*

M. Christian Paul, rapporteur. *Technique, oui. Obscur, non !*

Mme Bérengère Poletti. *Malgré tout, ce que l'on peut comprendre dans l'amendement du Gouvernement, c'est qu'il est économique et qu'il préconise une baisse des tarifs par rapport à l'année dernière, certes dans la logique de l'ONDAM. [...] Je ne comprends pas bien ce que change le sous-amendement de M. Paul, il faudrait me l'expliquer un peu mieux !*

M. Bernard Accoyer. *Mais il est curieux qu'il n'ait pas été préparé par le Gouvernement de telle façon que le Parlement, son rôle et ses droits soient respectés. Précipitamment au contraire, toutes affaires cessantes, le rapporteur de la commission change les tuyaux, modifiant un amendement d'une complexité telle qu'il ajoute une page entière au code de la santé ! J'essaie de suivre mais, en toute bonne foi, je serais content de savoir quels sont ceux qui ont vraiment tout compris ce qui est écrit dans cet amendement et ce sous-amendement. Aussi demandé-je à Mme le ministre de bien vouloir comprendre qu'il y a besoin d'un minimum de réflexion et de transparence. Il faut accepter que les parlementaires puissent comprendre de quoi on parle, ce que l'on prélève, et en tout état de cause que l'on veut baisser les tarifs d'établissements qui sont déjà bloqués depuis plusieurs années. C'est bien le fonctionnement de notre système de soins qui est remis en cause par cette improvisation gouvernementale et parlementaire.*

Mme Claude Greff. *Madame la ministre, j'ai essayé de vous suivre. [...] Si j'ai bien compris, vous voulez véritablement organiser une baisse des tarifs, dans une logique de maîtrise de l'ONDAM. [...] Je ne comprends pas pourquoi vous voulez réserver une proportion de l'ONDAM pour financer une partie des établissements. En gros, vous voulez diminuer les tarifs dans les établissements associatifs et privés pour les ramener au niveau de ceux des établissements publics. Mais que veut dire ce fonctionnement ?*

L'amendement est approuvé, mais la discussion continue !

Mme Claude Greff. *Incroyable ! C'est scélérat ! C'est un déni de démocratie !*

Qu'en est-il sur le fond ?

L'amendement est porté en complément de l'article portant abrogation de la convergence.

Les explications données en séances sont les suivantes¹⁰ :

Mme Marisol Touraine, ministre. *Il s'agit d'ouvrir au Gouvernement la possibilité de créer des coefficients minorateurs pour constituer des réserves de crédits qui pourraient être reversés selon l'état d'exécution de l'ONDAM ainsi que des objectifs de dépenses votés en loi de financement de la sécurité sociale.*

M. le président. Quel est l'avis de la commission ? M. Christian Paul, rapporteur. *Cet amendement est important. Il permet de sortir de cette série d'aberrations qu'était le gel, année après année, des crédits des missions d'intérêt*

général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC. C'est en fixant de façon annuelle un taux de gel des tarifs, avec possibilité pour le Gouvernement de jouer sur ces tarifs, et non pas sur les MIGAC, que nous pourrions les préserver.

Durant le débat :

M. Christian Paul, rapporteur. *Nous adhérons totalement à la proposition du Gouvernement qui, avec son amendement, permet de modifier la situation extrêmement préjudiciable que nous avons connue ces dernières années. Le gel des MIGAC en début d'année et leur dégel très partiel en cours d'année mettaient en grande difficulté nombre d'établissements hospitaliers, qui n'avaient connaissance que très tardivement, parfois en fin d'exercice, des moyens qui leur étaient réellement alloués. L'amendement du Gouvernement permet de changer les règles dans ce domaine. C'est sur la masse tarifaire que, désormais, les gels seront effectués.*

Mon sous-amendement propose que la rédaction que nous allons adopter ne fasse pas mention de la nécessité de respecter les sous-objectifs de l'ONDAM, de façon à conserver une vision et une utilisation globale de l'ONDAM, sans méconnaître l'importance des sous-objectifs et de l'équilibre espéré dès cette année. J'ai souhaité également que cette rédaction ne fasse pas mention de l'ensemble des objectifs de la loi organique, ce qui, pour le coup, n'aurait aucun sens puisque l'on ne voit pas très bien ce que l'ONDAM hospitalier aurait à faire avec les autres branches de la sécurité sociale.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. *Favorable.*

Le sous-amendement de M. Paul introduit de la clarté dans le dispositif souhaité par le Gouvernement. Nous avons eu l'occasion de dire à plusieurs reprises que l'enjeu pour nous était de bien marquer la spécificité des missions de service public de l'hôpital, et qu'une façon de le faire était de ne plus procéder, comme le faisait la précédente majorité, au gel en début d'année de ressources affectées aux MIGAC, c'est-à-dire aux missions d'intérêt général. Cependant, nous devons pouvoir procéder à des gels de ressources pour faire face à des événements en cours d'année. Nous souhaitons donc que les gels portent sur l'enveloppe tarifaire plutôt que sur celle des MIGAC.

La rédaction de l'amendement introduisait des conditions problématiques, dans la mesure où elle laissait dépendre la situation de l'ONDAM de l'équilibre des autres branches et, à l'intérieur de l'ONDAM, empêchait une fluidité entre les différents sous-objectifs. Or on sait bien que ce qui compte, c'est le respect de l'ONDAM global, non le fait d'ajuster de façon excessivement précise chacun des sous-ONDAM.

Voilà ce qui motive l'avis favorable donné au sous-amendement de Christian Paul.

Plus tard, à propos d'un autre amendement :

Mme Jacqueline Fraysse. *Madame la ministre, je me félicite de la fin du gel des MIGAC. C'est une décision importante. Le précédent gouvernement avait*

en effet pris la fâcheuse habitude de geler en début d'année une partie des enveloppes MIGAC pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Il s'agissait d'une mesure particulièrement injuste qui pénalisait exclusivement les hôpitaux publics. En effet, elle faisait porter l'essentiel des efforts d'économie sur les missions de service public. C'est pour remédier à cette situation que nous avons déposé cet amendement, car nous tenons à ce que la loi soit précise sur ce point.

M. Christian Paul, rapporteur. [...] *Je crois qu'il n'y a pas, cet après-midi, matière à polémique sur ces sujets. Auparavant, les gels affectaient uniquement les missions d'intérêt général, donc exclusivement les hôpitaux publics. Nous nous en étions d'ailleurs fortement émus. Le gel tarifaire, qui n'est pas une annulation de crédits, ni ne conduit à la faillite, concernera dorénavant l'ensemble des établissements. Je crois que c'est une construction beaucoup plus raisonnable et équitable que ce qui existait auparavant. Elle permettra un meilleur pilotage des établissements de santé, publics comme privés.*

On a l'impression que le sujet porte plus sur la préservation des MIGAC que sur la régulation de l'ONDAM. Si le procédé est effectivement injuste, personne ne rappelle que cette injustice est compensée par le fait que, ces dernières années, c'est l'hôpital public qui dépasse... Mais cela n'empêche pas de travailler sur un autre mécanisme. On aurait aimé qu'il y ait discussion sur les avantages, les inconvénients, les risques ou les effets pervers du nouveau mécanisme, car il faut qu'il tienne deux objectifs : qu'il permette de réguler, qu'il ne nuise pas mais si possible qu'il favorise l'efficacité des établissements. On n'est pas dans l'évidence, ça se saurait et on l'aurait fait depuis longtemps ! Mais de débat au fond il n'y en eut pas plus que d'exposé des motifs circonstancié. C'est pour le moins regrettable.

Où est le problème ?

Beaucoup l'auront vu à la lecture.

Le contexte est très hostile au privé. La confiance est rompue et cette rupture est assumée : le privé n'est plus un acteur du système, du service public de la santé, c'est un corps étranger. Le Parlement abroge la convergence sur des bases avant tout idéologiques. Cette suppression est présentée par Marisol Touraine comme une mesure "très importante et très symbolique" car elle "rétablit l'existence du service public hospitalier". Traduisez "le monopole de la fonction publique" sur certaines activités. Pour elle "il est plus qu'urgent de mettre fin à la convergence tarifaire" qui est "injuste dans ses fondements, inéquitable dans son application et inefficace dans ses résultats" et qui a "fragilisé l'hôpital". Ce sont bien des citations !...¹¹ On pourrait pourtant affirmer le contraire ! Concernant la convergence¹², on sait bien sûr qu'il n'en sera rien. La convergence continuera à se faire de façon factice - on dit "faciale" - comme depuis 10 ans : en augmentant les MIGAC des établissements publics. C'est annoncé et répété. Nous savons que la limite de ces augmentations se trouve dans la capacité limitée du pays à continuer à financer par le déficit et la dette. Mais souvenons-nous : il n'y a pas si longtemps, on parlait d'un écart

public privé de 50 à 60 %. On parle maintenant de 20 à 30 %. Il y a quelques secteurs où les prix publics ont bien baissé, la radiothérapie par exemple. Il en est d'autres où ils ont augmenté, l'anatomopathologie par exemple. De vraie convergence, il y en a peu. Mais, les MIGAC, c'est magique : à chaque fois qu'on les augmente plus vite que les prix, l'écart public privé se réduit. Pourquoi se priver ? A ce rythme, bientôt, rien n'aura changé, mais on fera la leçon au "privé" en lui disant qu'il est plus cher que le "public" et on célébrera les efforts et les succès du "public" ! Magique. Et donc, pourquoi ne pas continuer à converger ainsi tout en disant que la convergence est abrogée ? Tant que le pays accepte de payer ! Tant pis pour le réveil, ce sera pour les suivants !

L'amendement dont il est question ici vient donc en complément de l'article sur la convergence. Cela porte sens. Pourtant, pour Christian Paul *"l'esprit de cet amendement est tout à fait positif ; il est même progressiste."* Chacun peut bien sûr avoir sa propre conception de son *"progressisme"* !¹³

C'est dans ce contexte qu'on peut légitimement s'inquiéter tout particulièrement de deux passages de l'amendement.

- *"La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégories d'établissements."*
- *"L'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence".*

En effet, on est là dans l'incroyable. Même si *"les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État"* qu'on peut espérer plus objectif, qu'est-ce que c'est que cette règle ? On l'ajustera selon les établissements. Autrement dit on continuera de distinguer les copains. Belle conception du service public ! Et puis, l'Etat prend de l'argent voté, mais ne le restitue que s'il en a envie. Comment jouer lorsque le plus fort se donne le droit de ne pas respecter la règle commune ?

Le diable est bien dans les détails.

Une règle de ce type est une règle, par nature, très dure. Elle ne peut être admise par les acteurs concernés que s'ils ont l'absolue conviction qu'elle sera appliquée de façon équitable, donc objective, uniforme et publique. Si elle peut à la rigueur être différenciée par GHS, à condition de le savoir à l'avance, elle ne peut en aucun cas être différenciée par catégorie d'établissement. Une fois de plus on n'est plus dans le *"progressisme"*, mais dans la *"restauration"* des privilèges au profit des privilégiés, du moins a-t-on des arguments pour le craindre...

Quant au fait de ne pas restituer ce qui a été mis en réserve par prudence, et qui est dû, cela s'assimile ni plus ni moins à du vol, à une tricherie.

On reste donc confondu devant un tel texte, tant sur la façon dont il est présenté que sur le fond. On voudrait bousiller un vrai bon dossier qu'on ne s'y prendrait pas autrement.

Par ailleurs on se demande bien pourquoi, sauf à céder à la panique, la Ministre présente un tel amendement alors qu'elle installe un groupe de travail sur la réforme de la T2A. Ce groupe de travail a maintenant un nom : "*Transparence et qualité*". N'aurait-il pas dû être le lieu d'ajustement pour ce type de mesure technique aussi nécessaire que délicate de conception et de mise en œuvre ?

Enfin, il ne faut pas négliger le sous-amendement qui a fait disparaître les mots "*et de ses sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3, ainsi qu'au respect des objectifs mentionnés au 2° du D du I de l'article L.O. 111-3*" qui finissaient la première phrase de l'article Art. L. 162-22-9-1. – I. de l'amendement gouvernemental¹⁴. Il y a là un débat de fond extrêmement important : la régulation doit-elle se faire par "*objectif*" ou par "*sous objectif*" des dépenses d'assurance maladie ? Mais, là aussi, les parlementaires ont été privés d'exposé autant que de débat.

Bref, la FHP a bien raison de s'activer sur ce sujet. De la régulation il en faut, mais de la régulation sur le faciès, progressiste ou pas, cela doit être combattu. Et une fois de plus, dépassements d'honoraires, service public, convergence, régulation... on se demande pourquoi ce Ministère s'attaque à de si bons dossiers pour les polluer à ce point. Que lui faut-il pour prendre conscience du monde dans lequel nous sommes et pour traiter nos problèmes au fond et non pas faire semblant pour faire de la com idéologique et rendre plus difficiles les réformes indispensables ? L'industrie a bien de la chance d'avoir eu son rapport Louis Gallois¹⁵ et d'avoir été écoutée par l'ensemble des Ministres concernés et par le Président de la République lui-même. Ce n'est pas parce que "*l'hôpital n'est pas une entreprise*" qu'il faut le maltraiter ainsi. Espérons que le Sénat saura s'emparer de ce sujet de la régulation par les prix de façon cohérente et responsable.

On est ici devant quelque chose qui ressemblerait à un organisateur de course automobile qui limiterait la taille des réservoirs. Beaucoup y verraient une incitation à l'amélioration de l'efficacité des moteurs et des autos, amélioration profitable à tous. Les écuries de course y verraient difficulté supplémentaire mais tout autant motif à chercher à s'améliorer. Mais que dirait-on si ce même organisateur de course fixait la taille du réservoir en fonction des types de véhicules qu'il définirait lui-même alors que tous font la même course et sont par ailleurs soumis exactement aux mêmes règles et si, en plus, il se donnait le droit, juste avant la fin de la course, de signifier à tel ou tel concurrent de son choix qu'il a encore deux ou trois tours à faire en plus de ce qui était prévu ?

Certes le sujet est très technique. Mais les années passées ont montré que la régulation prix-volume aboutissait à des tarifs stagnants. Sur le fond, cela ne changera pas grand-chose. Mais la forme dit le fond et elle influe sur les comportements. Or, pour vivre, il faut un minimum d'évolution des tarifs. En régulant par le tarif on libère de fait une certaine forme de concurrence par les volumes. Il faut alors assortir cette libération d'un contrôle "qualité". C'est bien le sujet de la pertinence des actes. Parti comme un scud idéologique de la FHF, ce sujet a progressé et commence à être traité au fond. Traité sur le fond

et de manière objective, c'est aussi un bon sujet. Espérons que la Ministre ne le détournera pas lui non plus. Le sujet d'une meilleure organisation de la fonction achat - prix, qualité, délai - au sein du système de santé, reste lui aussi un vrai et bon sujet. L'ambiance est telle, les esprits sont tellement démotivés que voilà que resurgit la question d'enveloppes spécifiques ("si je n'ai pas confiance dans mes capacités, qu'on me mette à l'abri dans ma petite enveloppe spécifique..."). Il ne manquerait plus que ça : la Ministre y verrait une aubaine pour "constater" que le privé ne fait pas partie du "*service public*" et nous serions sûr d'en reprendre encore une couche ! Nous sommes des entrepreneurs. Il nous faut donc des tarifs pour gérer et avoir des perspectives. Il nous faut aussi des conditions de concurrence équitables pour nous motiver à toujours faire plus, moins cher, mieux. Il nous faut aussi des règles du jeu claires, équitables et publiques en matière de régulation, car la régulation s'impose au pays et donc au secteur de la santé. Ces sujets sont techniques et complexes. Il faut pourtant les traiter sans tarder. Mais ils méritent mieux que de petits amendements mal préparés, passés à la va vite, qui ne résolvent rien et créent de la suspicion partout. En procédant ainsi, on fige encore plus des systèmes qui demandent de la souplesse pour fonctionner et on rend les réformes plus difficiles encore.

La question se repose aussi de savoir si, devant un Ministère qui abîme autant de dossiers sous prétexte de les prendre en charge, l'heure n'est-elle pas à nouveau venue pour un syndicalisme de proposition ?

Carnets de santé de la France

En ces temps troublés, où les mots, souvent, n'ont plus le sens que leur donne le dictionnaire, où la communication prime, mais où les problèmes du pays comme de l'Europe ne font que croître, on cherche et on apprécie tout particulièrement les paroles libres et les dossiers clarificateurs. Jean de Kervasdoué a pris l'initiative de publier un septième exemplaire des "*Carnets de santé de la France*"¹⁶. L'édition 2012 vient, en effet de paraître. Nous ne pouvons que recommander ce livre. Une fois de plus le pari est tenu et les auteurs conviés à cette édition proposent de bons articles au sens où ils partent des faits et clarifient les enjeux. A leur lecture on prend de l'autonomie pour se forger son propre point de vue et pour fonder ses engagements. Les contributions sont, cette année, regroupées sur trois thèmes :

- Le système français : un merveilleux système, mais un système en crise au point de la rupture
- Quelles voies d'avenir ?
- Comment les idées viennent aux politiques

Pour clore cette chronique, nous citerons la conclusion du premier article. Il est intitulé "*Un contexte inquiétant*" et il est signé de Jean de Kervasdoué. Comment ne pas y voir une antisèche pour les étudiants et un rappel de quelques fondamentaux pour fonder nos engagements respectifs et les garder clairement à l'esprit au milieu du tohu-bohu ambiant ?

« Il n'y a pas de magie dans la faible efficacité du système de santé français. Le vieillissement n'en est pas la raison, les autres pays d'Europe ayant eu aussi leur baby-boom et la population du Japon est très sensiblement plus âgée que la nôtre. Quant au progrès technique, il est le même partout. Non, si le système coûte cher c'est parce que les moyens considérables déployés ne sont pas toujours bien gérés et presque jamais coordonnés.

Très synthétiquement, le coût du système de soins français tient à plusieurs raisons :

- 2 750 établissements hospitaliers, quand il y en a 2 080 en Allemagne et 640 au Royaume-Uni,*
- plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE¹⁷ (6,6 pour 1 000 habitants contre 4,9 en moyenne),*
- hospitalisation de 70 % de malades de plus que les pays comparables (263 pour 1 000 habitants en France, 158 en moyenne dans les pays de l'OCDE). L'hôpital, dans les quartiers défavorisés, est devenu le généraliste des pauvres,*
- en 2009, les dépenses publiques hospitalières par habitant étaient de 1 229 € en France et de 819 € en Allemagne,*
- un nombre important de médecins : 3,3 pour 1 000 habitants en France, quand il y en a à peine plus de 2 dans les pays anglo-saxons,*
- ces derniers, en revanche, ont 5 infirmières par médecin et quand la France en a 2,5,*
- un nombre de spécialistes dépassant maintenant en France le nombre de généralistes,*
- d'importantes prescriptions de médicaments et d'actes, même pour les examens d'IRM et de tomodensitométrie alors que nous avons peu d'appareils¹⁸.*

Si nous sommes chers, c'est que nous choisissons le plus cher : l'hôpital plus que la ville, les spécialistes plus que les généralistes, les médecins plus que les infirmières et des médicaments comme des actes très au-delà du nécessaire.

Ces phénomènes sont structurels. Ils doivent être compris et gérés comme tels. On ne peut pas faire de politique de santé sans perspective de long terme. La démographie médicale en est l'exemple le plus caricatural. »

-
- ¹ PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- ² ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- ³ UHP : Union hospitalière privée
- ⁴ OQN : Objectif quantifié national
- ⁵ T2A : Tarification à l'activité. On disait alors "à la pathologie".
- ⁶ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- ⁷ MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- ⁸ IGF : Inspection générale des finances
- ⁹ Rapport de l'Inspection Générale des Finances intitulé "*Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*" - diffusé fin octobre, daté d'avril 2012.
Cf. mail UNHPC 12/609 du 25 octobre 2012 ou http://www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/Nos_Rapports/documents/2012/2011-M-056-01.pdf
Cf. notre Chronique 12/44 du lundi 5 novembre 2012 - *Réflexions et accord sur l'allocation de ressources*
- ¹⁰ Débat Assemblée nationale XIVe législature Session ordinaire de 2012-2013 - Compte rendu intégral - Deuxième séance du vendredi 26 octobre 2012 - Après l'article 47
Cf. : http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2012-2013/20130038.asp#P553_95818
- ¹¹ APM - PLFSS 2013 : *les députés suppriment la convergence des tarifs hospitaliers entre public et privé* - hm/ab/APM polsan redaction@apmnews.com HMPJQ010 26/10/2012 18:09 ACTU
- ¹² Article 47 - Exposé des motifs (Note UNHPC : article convergence)
La loi prévoit, pour les années 2005 à 2018, un processus de convergence des tarifs du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) et anciennement financé sous objectif quantifié national (ex-OQN) « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par les tarifs », orienté vers les tarifs les plus bas. Ce processus devait prendre fin au plus tard en 2018.
Le bilan de la convergence tarifaire est en demi-teinte.
En pratique, entre 2006 et 2011, l'écart facial des tarifs entre les deux secteurs s'est réduit

de moitié. Mais, de fait, les principes mêmes qui ont fondé la convergence tarifaire ne sont que partiellement équitables. D'une part, le rapprochement des tarifs, alors même qu'ils reposent sur des coûts moyens objectivement différents, est partiellement arbitraire. D'autre part, des différences fondamentales existent entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, du coût des personnels, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité. Enfin, l'application concrète de la convergence a inutilement focalisé l'attention et généré des crispations au sein du monde hospitalier.

Ces constats conduisent à proposer l'arrêt du processus de convergence tarifaire.

Cette mesure constitue la première étape de la réintroduction du service public hospitalier dans la loi. Il est en effet nécessaire de prendre en compte le fait que les secteurs public et privé ont des obligations différentes. A ce titre, les secteurs public et privé à but non lucratif sont notamment garants d'une accessibilité financière, composante du service public hospitalier, dont les surcoûts peuvent justifier le maintien d'une double échelle tarifaire et donc l'arrêt de la convergence.

¹³ EXPOSÉ SOMMAIRE (Note UNHPC : amendement gouvernemental)

Les mises en réserve prudentielles visant à gager, depuis 2010, une éventuelle sur-exécution de la part tarifaire de l'ODMCO ont, jusqu'à présent, pris la forme de gels de dotation. Ce dispositif a montré ses limites dans la mesure où il prévient le risque de sur-exécution sur des enveloppes fermées (MIGAC, dotation annuelle de financement) qui, de facto, ne peuvent pas être à l'origine du dépassement. Il est ainsi proposé de mettre en place un mécanisme de régulation qui corrèlerait les crédits gagés avec l'enveloppe à l'origine de la sur-exécution et ce, pour garantir une plus grande équité et une meilleure visibilité de la politique de l'allocation des ressources des établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Le présent amendement a donc vocation à ouvrir la possibilité au Gouvernement de créer un coefficient minorateur, pouvant être différencié par type d'établissements de santé et s'appliquant à l'ensemble des tarifs de prestations. L'application de ce coefficient permettra de constituer une réserve de crédits qui pourront être reversés en tout ou partie selon l'état d'exécution de l'ONDAM ainsi que des objectifs de dépenses votés en loi de financement de la sécurité sociale.

¹⁴ Assemblée nationale - 26 octobre 2012 - Financement Sécurité Sociale pour 2013 - (n° 287) - Sous-amendement n° 798 présenté par M. Paul à l'amendement n° 788 du Gouvernement - Adopté

APRÈS L'ARTICLE 47

I. – À l'alinéa 3, supprimer les mots : « ainsi que de ses sous-objectifs ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 6, supprimer les mots : « et de ses sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3, ainsi qu'au respect des objectifs mentionnés au 2° du D du I de l'article L.O. 111-3. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE : Le sous-amendement supprime, par la définition des règles de gel et de dégel des sommes mises en réserve en début d'exercice, la référence aux sous-objectifs de l'ONDAM autres que le sous-objectif relatif aux établissements de santé ainsi qu'aux autres branches de la sécurité sociale.

Cf. : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/0287/798.asp>

¹⁵ Louis Gallois, Commissaire Général à l'Investissement - *Pacte pour la compétitivité de l'industrie française* - 5 novembre 2012

Cf. mail UNHPC 12/633 du 7 novembre 2012

¹⁶ Jean de Kervasdoué - Dominique Dépinoy - Patrick Hassenteufel - Rémi Pellet - Joseph White - *Carnet de santé de la France 2012* - Economie droit et politique de santé - Mutualité française / Economica - Collection "Carnet de santé de la France" - 25 octobre 2012

Cf. mail UNHPC 12/643 du 11 novembre 2012

¹⁷ OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

¹⁸ Jean de Kervasdoué précise en note : "*Ce qui montre l'inefficacité du rationnement physique sans contrôle des prescriptions*"

Fin de grève

- ‡ Il faut savoir finir une grève...
- ‡ Vers un nouveau Plan Cancer ? Vers un nouvel INCa ?
- ‡ Chimiothérapies et fin de vie
- ‡ Incertitudes en réanimation
- ‡ Fin de vie des immigrés malades du cancer

***Les temps sont durs...
Plus que jamais
nous avons besoin
de vrais professionnels, qualifiés,
engagés
et entreprenants.***

Date de parution : lundi 19 novembre 2012

Mots types : Grève - M. Touraine - Dépassements - Internes - Libéraux - Plan Cancer - F. Hollande - INCa - IGF - IGAS - A. Buzyn - RIR - Cancers métastatiques - Chimiothérapie - Soins palliatifs - Soins de support - New England - JCO - NCI - Réanimation - Etrangers

Les temps sont durs. La classe politique n'est souvent pas à la hauteur des enjeux pour le pays comme pour nos métiers. On tremble de constater que c'est particulièrement le cas aujourd'hui. Plus que jamais nous avons besoin de vrais professionnels, qualifiés, engagés et entreprenants.

La grève des médecins spécialistes des plateaux techniques a pris fin. Gros succès et pourtant échec au final. Rien n'est réglé. Tout le monde en sort meurtri. Il faudra bien, pourtant, affronter les problèmes qui demeurent.

La Présidence de la République semble s'intéresser à nouveau au cancer. Plusieurs éléments montrent que de nouvelles mesures vont être

prises. Il y a beaucoup de choses à faire. Mais il faut aussi se renouveler, tirer les enseignements de nos succès, des limites et des échecs des trois premiers Plans. Nous y reviendrons forcément, mais il fallait dès cette semaine mieux faire connaître le cadre de ce qui est proposé.

Le débat sociétal sur l'euthanasie a quitté le devant de la scène. Il va y revenir. Il ne faut donc pas l'oublier, mais en même temps les progrès faits en matière de soins palliatifs et de soins de support ne suffisent pas. Plusieurs articles récents confirment ou dévoilent des voies d'amélioration de nos pratiques et de nos organisations. Ils concernent les chimiothérapies faites sur cancers métastatiques, l'apparition en nombre significatif de malades en réanimation chronique, l'attention insuffisante portée aux immigrés malades du cancer...

Il faut savoir finir une grève...

Il est difficile de commenter à chaud la semaine d'action et de grève qui vient de s'écouler. Que dire sinon qu'on en sort meurtri ? Tous. Que dire sinon constater un échec ? Pour tous. Bien sûr les torts sont partagés, comme pour tout échec de ce type.

Le contexte était difficile. Certes.

Difficile de se faire entendre. Difficile de ne pas user du droit de grève lorsque cela s'impose. Mais difficile d'échapper au constat que ce moyen d'expression ne nous est pas adapté, pour de multiples raisons.

Une Ministre qui fait tout pour organiser la confusion, qui privilégie la "com" pour faire croire qu'elle traite les problèmes qu'elle a décidé de ne pas traiter au fond, mais au contraire, d'étendre et de pérenniser. Le libéral est cupide, intéressé et vénal, comme le "XX" est voleur et le "ZZ" fainéant. Mettons-le donc dans une situation telle qu'il apparaisse bien comme nous voulons qu'il apparaisse. Une Ministre qui assume et affirme à temps et à contre temps ses options sectaires à l'encontre des libéraux, qui multiplie les provocations, qui invente, toujours pour des raisons de "com", une prétendue agression contre l'hôpital public pour mieux prolonger la politique du "tout hôpital" de ses prédécesseurs qu'elle dénonce pourtant, qui flatte ce même hôpital public en lui promettant un "pacte de confiance" qui, de ce que l'on en sait des orientations qu'elle donne, approfondira ses problèmes et ses blocages, qui organise la régression du système de santé en confondant fonction publique et service public. Du jamais vu. A tel point qu'on hésite à faire le point tant on en ressort troublé. Difficile. Très difficile.

D'autres que nous ont déjà souligné, à juste titre, la différence d'attitude et de conception de ces responsabilités entre le Ministre de l'intérieur, Manuel Vals,

qui, face aux difficultés affrontées par les fonctionnaires de police, rassemble et le Ministre de la santé qui divise. Cette semaine creusait encore l'écart, cette fois-ci avec le Président de la République, Président de tous les Français, qui, quelles que soient nos options politiques et nos jugements sur les mesures qu'il met en œuvre, se posait en rassembleur, en garant de l'unité de la nation, qui prenait soins de ne pas stigmatiser mais de rappeler chacun à ses responsabilités, qui rassemblait pour l'effort commun pour l'avenir du pays, qui traçait des perspectives communes surtout s'il pensait devoir les décliner par des mesures adaptées selon les catégories sociales. Le grand écart avec ce qui se passe en santé. Pourtant, la crise s'impose hélas à tous, et les réserves de productivité sont chez nous à la hauteur des déficits et des inégalités que nous faisons subir au pays. Difficile. Très difficile.

Une négociation conventionnelle contrainte sur un sujet qui est un faux sujet. Une Ministre qui fait croire qu'elle règlera par la loi le sujet fixé par elle s'il n'y a pas accord, mais dont on découvre qu'elle tire les ficelles en coulisse pour s'assurer d'un accord qui lui permette d'échapper à la loi qui, elle, l'aurait sans doute obligé à s'attaquer au système des dépassements, à une vraie réforme des modes d'allocation des revenus médicaux et non pas seulement aux quelques dépassements "abusifs". Les pressions multiples et la peur de cette loi que l'on fait pourtant monter pour convaincre les syndicats de jouer le jeu et finalement, pour la plupart, de signer. Difficile. Très difficile.

Une grève organisée par les syndicats les plus représentatifs des plateaux techniques pour que leurs problèmes soient pris en compte. Mais, au final, une coalition si composite que les intérêts les plus contradictoires se ressemblent d'un côté comme de l'autre. De notre côté on rassemble depuis ceux qui fustigent "le mur de l'argent" jusqu'à ceux qui forcent le plus sur les dépassements pour leurs intérêts personnels. De l'autre on rassemble les personnalités les plus conservatrices et corporatistes, les plus intéressées donc, pour stigmatiser, donner des leçons de morale et rappeler l'urgence de réforme pour mieux pérenniser le statut quo. Difficile. Très difficile.

Des médias qui se sont mobilisés et qui pour une fois relayent les problèmes des libéraux. Mais en même temps des médias qui sont pratiquement tous incapables d'aborder le sujet sous forme de problématique. Les dépassements sont un donné de la nature comme le soleil ou la lune, on n'y peut rien, il faut faire avec. Dire que c'est un choix organisationnel est hors de leur portée, organiser un débat de fond sur la rémunération des médecins leur est impossible. Dans ce cadre, des leaders syndicaux qui, sous la pression, acceptent de se décentrer des deux ou trois axes qui auraient fait comprendre nos combats - le reste à charge des patients, la revalorisation justifiée de certains de nos revenus, de la CCAM clinique en particulier... - et le piège se referme lorsque les revenus sont affichés. Les Français qui, disent les sondages, lâchent les libéraux... pour soutenir les internes qui au-delà de leurs vrais problèmes sont parmi les plus violents à poser la question de la liberté d'établissement et celle du "droit" à dépassement alors même que ceux qui deviendront spécialistes choisiront le salariat à plus de 90 % ! La Ministre réapparaît. Son mépris des

libéraux, son arrogance face à eux, sont justifiés par les sondages. Elle comprend et soutient les internes ! Difficile. Très difficile.

Des patients que nos politiques veulent mettre dans le coup. Une Sécurité sociale qui ne les défend pas ou trop peu et qui gère son statut plutôt que la défense de ses cotisants. Des organisations de patients qui sont timides sur le sujet des dépassements ou, lorsqu'elles sortent de leur timidité, en restent à l'imprécation. Des consommateurs plus lucides, mais que l'idéologie dominante condamne à rester hors champ. La Mutualité qui fait un geste et qui est prête à s'impliquer de façon responsable, mais qui suscite l'opprobre facile de médecins qui confondent beaucoup de choses et rêvent tout éveillés de créer une "*mutuelle qui ne fasse pas de publicité*". Une Sécurité sociale qui gère les propositions des Mutuelles comme un conflit de pouvoir. Des socialistes qui poussent au développement des mutuelles alors même qu'ils devraient logiquement être les plus critiques sur les règles de marché que cela étend. Difficile. Très difficile.

Difficile. Très difficile. Mais nous en sommes là. Plus que jamais, il va falloir lutter contre le découragement, les sarcastiques et les désabusés. Redonner confiance malgré l'action des Tutelles. Lutter contre la confusion et la violence qu'elle entraînera. Lutter contre les facteurs de division et encourager tous ceux qui, de leurs statuts respectifs, défendent les mêmes conceptions du service dû aux patients, d'une même médecine, d'un service public solidaire et efficace. Encourager ceux qui osent s'engager. Lutter contre la déqualification rampante. S'arranger pour former des jeunes médecins qui souffrent plus que jamais de n'avoir aucune notion sur le fonctionnement du système, ses contraintes, le rôle que doit y tenir l'économie, une saine gestion des finances publiques. Développer de nouvelles bases de solidarité entre cliniques et médecins libéraux. Soutenir ce qui reste de sens du service public, de capacité d'entreprendre... Difficile. Très difficile. Mais plus que jamais nécessaire.

Nouveau Plan Cancer ? Nouvel INCa ?

Le cancer va de nouveau apparaître dans l'actualité des médias.

On se souvient que le candidat François Hollande, durant sa campagne, avait dit son intention de refaire un Plan Cancer. Depuis, silence. Ses conseillers ne cachent pas qu'ils sont réticents à l'idée des Plans de santé publique : il y en a eu trop et il faut sans doute trouver d'autres méthodes, disent-ils. Périodiquement Marisol Touraine dit qu'elle va s'attaquer à une nouvelle "grande" loi de santé publique. Sur ce sujet il y a retard par rapport aux obligations et il faut de toute façon faire quelque chose.

Nous concernant, les choses dérivent avec l'INCa. A part la nomination d'une nouvelle directrice générale, Anne Burstin, l'organigramme s'appauvrit régulièrement. La Présidente, Agnès Buzyn, a de multiples fonctions qui l'accaparent autant sinon plus que l'INCa et, au lieu d'en réduire le nombre, elle vient

de l'augmenter avec sa nomination au CEA¹. Les députés, l'an dernier à pareille époque, ne cachaient pas leur volonté de réduire le nombre des Agences et l'INCa faisait partie de la liste, même s'ils voulaient différer la décision pour raisons purement politiques de prudence avant les élections. Si l'INCa s'active sur la recherche mais en lien avec les organismes qui contestent son utilité, il est, depuis de longs mois, de plus en plus absent sur le terrain de l'animation en matière de soins. Il y a enfin les missions d'audit IGF²-IGAS³ lancées auprès de tous les "opérateurs du champ social et sanitaire" avec mission très ferme de faire le ménage, de faire des économies, de simplifier le paysage et de réordonner le tout. Pour beaucoup d'observateurs on assistait à une mort lente, non officielle mais très probablement programmée de notre institution spécialisée. Inutile de préciser que les Administrateurs n'ont aucune information, pas même des commentaires...

Et puis voilà de nouveaux éléments qui prouvent très probablement le contraire.

Le 13 novembre, les **4^{es} Rencontres Internationales de Recherche « Cancer : Recherche et Innovations »** se sont tenues avec deux allocutions importantes, celles de Jean-Marc Ayrault, Premier ministre et celle de Geneviève Fioraso, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, en présence de deux autres ministres Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et Arnaud Montebourg, Ministre du Redressement productif. On n'avait pas vu tant de beau monde du gouvernement depuis la réunion organisée par Pascale Briand pour conforter la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer et nous assurer que l'INCa serait la "maison commune des patients, des chercheurs et des soignants". Quand on déplace le Premier Ministre et plusieurs Ministres, ce n'est pas pour rien...

L'INCa nous informe que, le 4 décembre prochain, ses **4^{es} Rencontres annuelles** seront clôturées par le Président de la République, François Hollande en personne⁴. On n'imagine pas que le Président de la République se déplace pour participer aux Rencontres annuelles d'une telle institution pour annoncer sa disparition. Premier message subliminal. Du coup les langues se délient. On apprend que la Présidente fait partie des quelques personnalités nommées par la droite qui restent très bien en cour auprès du nouveau pouvoir et qu'il s'agit là d'un fait majeur pour l'avenir de l'institution.

De plus, voilà que quelques personnalités sont invitées par Olivier Lyon-Caen, Conseiller sur la santé et la recherche médicale de la Présidence de la République, à se rendre à l'**Elysée le 28 novembre** prochain pour "parler cancer". Le fait en lui-même est intéressant et significatif. Bien sûr le discours du Président devant l'INCa sera dans toutes les têtes. Bien sûr aussi, tout le monde se posera de nouveau la question : Plan Cancer ou pas ? Intéressante aussi la liste des personnalités invitées : Agnès Buzyn⁵, Jean-Loup Dourousset⁶, Alexander Eggermont⁷, Jacqueline Godet⁸, Claude Huriet⁹, Thierry Philip¹⁰, Frédérique Penault-Llorca¹¹, Jacques Raynaud¹², Josy Reiffers¹³, Serge Uzan¹⁴. Dit autrement : sur 10 personnalités : 5 des centres anti-cancéreux, 2 de l'AP-HP¹⁵ dont la présidente de l'INCa, 1 de l'hospitalisation privée, 2 présidents de

sociétés charitables finançant la recherche. Autre éclairage : celui de l'absence du Président du CNC¹⁶, de l'UNHPC et, surprenant, absence de la FHF... Aucun médecin libéral. Aucun praticien de centre hospitalier...

Tous d'excellents collègues, mais souvent plus axés sur la recherche que sur le dépistage ou sur les soins, et, en matière de recherche, aucun ne s'est montré très actif pour aider aux inclusions des très nombreux patients pris en charge dans les hôpitaux généraux ou dans les cliniques.

De ce que l'on peut savoir, il semble qu'au moins deux questions soient bien à l'ordre du jour ; Plan Cancer Présidentiel ou pas ? Consolidation de l'INCa ou création à sa place d'une sorte de Mission opérationnelle à effectifs restreints (il se dirait parmi les inspecteurs de l'IGF et de l'IGAS que la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer de Pascale Briand a été aussi efficace que l'INCa...).

Constatons une fois encore que, malgré les efforts de quelques-uns d'entre nous, après trois Plans Cancer (Jospin, Chirac, Sarkozy) les professionnels sont devenus incapables de se fédérer autour d'un projet à présenter aux Tutelles ou aux autorités politiques. Cette incapacité à s'unir sur une même conception de nos métiers et sur une même conception de nos responsabilités vis-à-vis des patients et de la société est un des effets pervers générés par ce type de Plans de santé publique.

La grande question pour nous, libéraux, est la prise en compte de notre secteur : s'il y a un dispositif de préparation d'un nouveau Plan, y serons-nous conviés ? S'il y a un nouveau Plan, sera-t-il articulé à la Sécurité Sociale afin que les médecins libéraux soient enfin concernés ? Que l'INCa soit confirmé ou qu'une petite équipe opérationnelle lui succède, sa gouvernance tiendra-t-elle compte des acteurs qui prennent de loin le plus grand nombre de patients atteints du cancer ou sera-t-elle le reflet des réseaux d'influence dominants ? Une chose est sûre : nous serons amenés à en reparler.

Voies de progrès en soins palliatifs

Plusieurs articles anglo-saxons sur la fin de vie ont attiré notre attention ces dernières semaines¹⁷. Ils ne traitent pas de l'euthanasie, mais abordent des questions très concrètes et beaucoup plus courantes dans nos pratiques.

Le premier a trait aux chimiothérapies sur cancers métastatiques. Il s'agit d'un article paru dans le New England le 25 octobre dernier concernant **les attentes des patients atteints d'un cancer métastatique concernant les effets de leur chimiothérapie**¹⁸. Cet article relate une étude faite sur 1.193 patients. Parmi eux seuls 19 % des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique et 31 % des patients atteints d'un cancer du poumon métastatique disaient savoir que leur chimiothérapie ne les guérirait pas. L'interprétation des auteurs est fortement discriminante car, parmi les réponses possibles à la question sur les effets attendus par eux de leur chimiothérapie, seule la réponse "*guérison impossible*" a été considérée comme la bonne. Certaines réponses du type

"*peu probable*" auraient sans doute pu être considérées elles aussi comme exactes. Pour les auteurs, le fait pour ces patients, majoritaires, de ne pas avoir conscience que leur chimiothérapie ne les guérira pas compromet probablement leur capacité à faire des choix éclairés concernant les traitements qui leur sont proposés et donc des choix cohérents avec leurs préférences. Les auteurs soulignent aussi dans leurs conclusions que les médecins peuvent améliorer la compréhension par les patients de ce qui leur arrive, mais en améliorant cette compréhension, ces médecins prennent le risque de dégrader la confiance que leur portent leurs patients.

Le New England juge l'étude suffisamment importante pour lui consacrer un éditorial sous le titre "parler de leur mort avec les patients"¹⁹. En voici la conclusion :

"Il est possible de dire aux patients de manière plus efficace qu'ils ont une maladie incurable. Le partage de cette information leur permettrait de mieux organiser le temps qui leur reste à vivre. Mais ils ont besoin d'aide. En leur donnant des informations personnalisées, les oncologues peuvent aider les patients à comprendre. Presque tous les patients veulent savoir si oui ou non ils peuvent être guéris et la majorité veut connaître le pronostic. Une compétence essentielle pour les praticiens est la maîtrise de la conversation connue sous le nom « demander, dire, demander ». Elle consiste à demander aux patients ce qu'ils veulent savoir sur leur pronostic, puis à leur dire ce qu'ils veulent savoir, et enfin à leur demander : « Qu'est-ce que vous comprenez, maintenant ? »

Des conversations honnêtes qui permettent d'aider à comprendre les chances de guérison sont bien accueillies par les patients. Elles n'enlèvent pas tout espoir et n'engendrent pas de dépression²⁰. Nous avons besoin d'aider à digérer les mauvaises nouvelles. Il ne s'agit pas de faire preuve de courage pour affronter une conversation difficile. Il s'agit d'avoir une série de conversations étalées dans le temps, et ce dès que l'on sait qu'il y a menace sur la vie du patient."

L'auteur recommande que "dès l'annonce du pronostic vital, une personne du cabinet médical soit chargée de s'assurer que la question des directives anticipées est bien abordée, qu'elle parvienne à planifier une visite pédagogique du service de soins palliatifs au cours d'un des trois prochains rendez-vous et permette au patient de discuter du pronostic et des conditions dans lesquelles se feront les transmissions à chaque changement de lieux et d'équipes de prises en charge. A chaque fois, la question centrale est : « Qu'est-ce qui est important pour vous ? »" D'après lui, ce type de bonnes pratiques "a permis dans beaucoup d'équipes de doubler la participation des patients à des programmes de soins palliatifs et de support, de maintenir les taux de survie et de diminuer les coûts totaux de prise en charge. Les soins palliatifs précoces augmentent la compréhension du pronostic, aident à soulager les symptômes, réduisent le stress des soignants, peuvent améliorer la survie et réduire les coûts."

*"Ce ne sont pas des questions insignifiantes. Les chimiothérapies en période de fin de vie sont encore courantes. Elles n'améliorent pas la survie et sont à l'origine de 25 % des dépenses évitables durant les dernières années de vie. Les patients ont besoin d'informations véridiques afin de faire les bons choix. Si on leur donne à plusieurs reprises de telles informations sur ce qui va se passer pour eux, ils peuvent faire des choix éclairés. La plupart des gens veulent vivre aussi longtemps que possible, avec une bonne qualité de vie, puis vivre une mort paisible en dehors de l'hôpital. Nous avons les outils pour aider les patients à prendre des décisions difficiles. Nous avons juste besoin de courage et d'incitations pour les utiliser."*²¹

Voilà bien de quoi alimenter de difficiles mais bons et fructueux débats dans nos équipes et dans nos 3C !

La question des chimiothérapies dans les dernières semaines de vie est une question qui est souvent posée, dans les pays anglo-saxons. Elle y fait l'objet d'évaluations régulières. En France, nous sommes très en retard sur ce sujet. Nous n'osons pas nous affronter à la réalité qui s'imposerait alors : la question de l'utilité de ces chimiothérapies se pose chez nous aussi.

Mais ces articles attirent aussi notre attention sur le débat que nous avons eu au moment de la mise au point de la réglementation relative à l'annonce. Le JIM, commentant ces deux articles du New England²² souligne fort justement, après avoir cité Jules Renard *"Il ne faut pas dire toute la vérité, mais il ne faut dire que la vérité"*, que :

"Si le débat n'est pas simple, les motivations pour donner une information complète sont évidentes. La vérité est le meilleur garant de l'autonomie de la personne, permettant au malade de prendre les décisions les plus adaptées à ses valeurs. Pour illustrer ce point, les auteurs rapportent que des études précédentes ont montré que des patients atteints d'un cancer avancé accepteraient un traitement toxique s'il offrait ne serait-ce qu'un pour cent de chance de guérison, mais le refuserait pour une simple augmentation de la survie, même substantielle.

Dire ou ne pas dire toute la vérité. Ce dilemme auquel se heurte tout praticien amené à annoncer une maladie fatale est un des enjeux principaux de la relation médecin-patient. Il faut réussir l'exploit d'être honnête et loyal, sans nuire au patient par une vérité crue et inaudible."

Cette même étude fait aussi l'objet d'un autre long article paru cette semaine dans le JCO²³. Sa perspective est un peu différente : ce qui est recherché à partir des mêmes données c'est s'il y a **associations entre les caractéristiques de la discussion sur la fin de vie et les soins reçus au seuil de la mort.**

La conclusion des auteurs est la suivante :

"Une prise en charge agressive n'est pas nécessairement mauvaise pour les personnes en fin de vie. Elle peut s'intégrer avec les préférences des patients qui se sont exprimés et veulent clairement prolonger leur vie à tout prix. Mais la plupart des patients qui savent qu'ils sont en train de mourir ne veulent pas

de tels soins. Les faits montrent que des soins moins agressifs sont aussi moins coûteux y compris pour la famille. Étant donné les nombreux arguments en faveur de prises en charge moins agressives pour les patients en fin de vie, les débats qui précèdent peuvent changer la nature des soins délivrés aux patients atteints de cancers métastatiques et contribuer à ce qu'ils soient cohérents avec les préférences des patients."²⁴

Le dernier bulletin du NCI souligne lui aussi l'importance de cette étude²⁵. Il fait ressortir qu'elle ne fait que confirmer plusieurs études antérieures²⁶. Il rappelle aussi l'ampleur des progrès à réaliser dans les hôpitaux américains.

Il cite un responsable de centre anticancéreux selon lequel *"la plupart des oncologues choisissent de ne pas avoir des discussions sur des sujets comme celui des soins palliatifs, du choix de ne pas être réanimé, des directives médicales anticipées... jusqu'à ce qu'ils n'aient plus de possibilité de proposer une nouvelle chimiothérapie. Cela nous permet d'éviter une conversation difficile, mais ça ne permet pas de préparer les patients et leurs familles à ce qui les attend."*²⁷ Un des responsables du NCI souligne que les résultats de l'étude *"mettent vraiment en évidence que beaucoup de travail reste à faire pour remédier à ce problème connu de longue date"*.²⁸

En conclusion de son article, le Bulletin du NCI fait parler un des auteurs de l'étude : *"Maintenant que plusieurs études ont démontré que les soins palliatifs précoces peuvent améliorer la qualité de vie des patients et, dans certains cas, peuvent améliorer la survie, le Dr O'Mara croit que le temps est venu pour « un essai qui examine le calendrier et la fréquence des discussions entre patients et médecins ainsi que l'impact qu'elles ont sur les patients et les familles », en particulier en ce qui concerne les décisions de soins et leur impact psychosocial sur les membres de la famille et sur les soignants."*²⁹ Comme quoi la médecine la plus moderne ne fait que confirmer le rôle fondamental du colloque singulier et souligne l'urgence qu'il y a à le réhabiliter ! Mais, au fait, pourquoi ne pas mener, nous aussi, un essai de ce type ? La question posée vaut pour la France autant que pour les USA, mais le contexte culturel et celui de la couverture sociale y sont très différents. Cela justifie donc un essai du même type mené en France.

Vastes programmes, vastes chantiers, jamais terminés, mais qu'il est utile de se voir régulièrement rappeler, car ils ne concernent pas que les Etats Unis. Ils sont au cœur de nos pratiques quotidiennes et doivent donc faire l'objet d'évaluations et de suivis réguliers et organisés.

Toujours en matière de fin de vie et de soins palliatifs, le New England, encore lui, attire aussi notre attention sur des questions nouvelles. Cet article est intitulé *"« Si seulement j'avais su » - A propos des choix et de l'incertitude en unité de soins intensifs"*³⁰. Ces questions montent en France aussi. Les progrès de la médecine nous mettent face à des cas nouveaux et d'une grande complexité. On peut distinguer au moins deux cas.

- La meilleure connaissance d'états dits végétatifs ou de type locked-in syndrome³¹. Pour simplifier : y a de la vie là où on croyait qu'il n'y en avait plus.

- Les patients que les progrès de la médecine et de la chirurgie mettent dans un état critique chronique comme le dit l'auteur du New England.

Plusieurs de nos collègues spécialisés, citons par exemple Régis Aubry ou Louis Puybasset, attirent régulièrement notre attention sur ces patients d'un type nouveau et sur ce que nous en apprenons avec les nouveaux moyens d'investigation. Nous avons déjà évoqué ces sujets ici même.

Mais restons-en à l'article du New England. Il est paru dans la série "*Perspectives*". Il prouve pourtant que nous ne sommes plus dans les "perspectives" mais que nous sommes bien dans la réalité vécue par de nombreuses équipes et par conséquent de nombreux patients. Les auteurs partent d'un exemple. Une femme est opérée en chirurgie cardiaque. L'opération dure 6 heures mais il lui faut 5 mois de souffrances et de soins intensifs lourds pour en sortir. Elle dit clairement que "*si elle avait su*" elle aurait probablement pris d'autres décisions.

*"Ces patients sont devenus assez fréquents pour être reconnus par les médecins de soins intensifs comme une sous-catégorie distincte des patients aux soins intensifs - ils sont dans « un état critique chronique » - une catégorie qui a été à la fois créée et peuplée par les progrès des techniques médicales."*³²

Le désir des patients d'être opérés n'atténue en rien nous dit-il le trouble et les conflits intérieurs que les patients et les familles peuvent ressentir lorsqu'ils passent d'un état de malade « aigu » à un état de malade grave « chronique »". Le regret dont fait part la patiente qu'il prend en exemple, le "*si j'avais su...*" est "*fondamentalement tragique*".

*"Pourtant, d'un point de vue plus général, ces cas soulignent des déficiences en termes d'anticipations inhérentes à la prise de décision médicale pour une part qui dépend majoritairement des médecins. D'une manière fondamentale, la médecine et la chirurgie sont des entreprises incertaines."*³³ *"L'incertitude persiste dans les efforts visant à prédire les avantages et les inconvénients des principales interventions médicales et chirurgicales."*³⁴ Malgré les progrès faits, y compris en termes statistiques pour mieux appréhender les termes de la balance bénéfices risques et les efforts faits pour éclairer le patient, on dispose de "*peu d'indications sur les conséquences de ces choix sur les soins ultérieurs, en particulier lorsque la convalescence est marquée par des complications imprévisibles et graves.*"³⁵

"Du point de vue de la politique de la santé, la nécessité d'examiner de plus près le poids que les médecins et les patients attribuent à certains choix médicaux dans un contexte plus large et plus changeant, n'est pas une préoccupation abstraite ou théorique. Il s'agit plutôt d'une question centrale, un défi quotidien qui a des répercussions sur le coût et la qualité des soins dispensés au cours de convalescences prolongées et complexes. La façon dont on considère les choix de départ des patients de subir des interventions de pointe ou à

haut risque [...] ouvre la voie à des décisions ultérieures dans le cadre d'une approche relative à la poursuite ou non du maintien de la vie ou de soins palliatifs."³⁶ Il s'agit pour l'auteur d'une question majeure dans les services de soins intensifs qui veulent développer "une pratique de la médecine pouvant offrir à la fois espoir et compassion."³⁷

Nous l'avons dit, nombreuses sont les équipes qui sont confrontées en France aux mêmes problèmes.

Terminons sur un article français³⁸. Il s'intéresse aux "**trajectoires du mourir**" des étrangers malades de cancer en France, ou plus exactement en Bretagne. Sujet peu exploré s'il en fut et qui, pourtant concerne de nombreux patients. En ce domaine, les Anglo-Saxons sont en avance sur nous. C'est donc sous forme d'alerte que nous reprenons ici le résumé de cet article : "*Cet article s'intéresse d'une part, aux configurations d'entrée dans l'espace du soin des étrangers atteints de cancer dans trois villes bretonnes (Rennes, Brest et Quimper) et d'autre part, aux « trajectoires du mourir » en cas d'échec thérapeutique. Il insiste sur les obstacles administratifs rencontrés par ces patients selon les profils migratoires, du demandeur d'asile - en attente conjointe d'une régularisation pour soins - aux sans-papiers, en passant par les étrangers arrivés en France avec un visa touristique et dont le cancer a été diagnostiqué ou non au pays d'origine. La prise en charge oncologique ou palliative d'étrangers précaires confronte les professionnels à des « cas limites » qui interrogent des pratiques et des normes, qui plus est dans une région à faible immigration. Les logiques d'acteurs qui en résultent sont à replacer dans le contexte structurel pesant, en amont comme en aval, sur les parcours de soins et où se rencontrent politiques d'immigration et contraintes organisationnelles et financières des établissements de santé. Car si papiers et couverture médicale influencent les trajectoires de maladie, ils sont tout aussi importants dans les trajectoires du mourir.*"

En France, en cette fin d'année, il faut bien sûr se préoccuper du débat sociétal sur l'euthanasie. Mais, pour autant, il ne faut négliger ni les problèmes courants ni les problèmes nouveaux, ni ceux, plus spécifiques, qui sont liés à tel ou tel type de population, et qui se posent sur le champ des soins palliatifs et de support. Ces articles ont le mérite de nous montrer qu'au-delà des différences de systèmes, dans les pays comparables, les problèmes comme les champs de progrès sont proches. Ils se lisent donc aussi comme un encouragement à poursuivre nos propres efforts. Ils nous montrent aussi que si nous avons beaucoup progressé ces dernières années, les marges de progrès sont encore grandes.

¹ CEA : Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives

² IGF : Inspection générale des finances

³ IGAS : Inspection générale des affaires sociales

⁴ 4^{es} Rencontres annuelles de l'INCa - *Inégalités face aux cancers - Recherche, soins et santé publique : la nécessité d'une approche intégrée* - mardi 4 décembre 2012 - Cité Universitaire, Paris

Cf. mail UNHPC 12/552 du 20 septembre 2012

Inscription en ligne à l'adresse suivante : <http://www.evenements-e-cancer.fr/rencontre-sannuelles/inscription.php>

⁵ Agnès Buzyn, professeur d'hématologie, responsable de l'unité soins intensifs d'hématologie et de greffe de moelle à l'Hôpital Necker-Enfants malades, Présidente du conseil scien-

- tifique de la Société française de greffe de moelle et de thérapie cellulaire, Présidente de l'Institut national du cancer (INCa), Présidente de l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire (IRSN), membre du Comité de l'énergie atomique du Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives (CEA), Présidente du groupe de travail n° 2 "Les élèves au cœur de la refondation" du dispositif "Refondons l'École de la République".
- ⁶ Jean-Loup Durosset, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
- ⁷ Alexander Eggermont, directeur général de l'Institut de cancérologie Gustave Roussy
- ⁸ Jacqueline Godet, présidente de la Ligue nationale contre le cancer, généticienne, chercheur, membre du Conseil Scientifique de l'INSERM
- ⁹ Claude Huriet, ancien sénateur, Président du Conseil d'administration de l'Institut Curie
- ¹⁰ Thierry Philip, ancien directeur général du Centre Léon-Bérard à Lyon et de la Fédération des Centres de lutte contre le cancer, élu socialiste du Conseil régional de Rhône-Alpes
- ¹¹ Frédérique Penault-Llorca, est pathologiste, professeur des universités à la Faculté de Médecine de Clermont Ferrand, chef du département de Pathologie et pathologie moléculaire au Centre Anticancéreux Jean Perrin à Clermont-Ferrand et directeur délégué aux affaires médicales
- ¹² Jacques Raynaud, président de l'Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC)
- ¹³ Josy Reiffers, Directeur Général de l'Institut Bergonié, Président de la Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), ancien Directeur de cabinet adjoint, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche au ministère de l'Education nationale de 2002 à 2004, adjoint au maire de Bordeaux
- ¹⁴ Serge Uzan, Gynécologue - Obstétricien à l'Hôpital Tenon, Doyen de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
- ¹⁵ AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris
- ¹⁶ CNC : Conseil national de cancérologie. Le CNC regroupe pourtant toutes les organisations professionnelles se consacrant exclusivement au cancer.
- ¹⁷ Les articles cités ci-après sont réunis dans trois dossiers envoyés ce jour par mail UNHPC 12/652
- ¹⁸ Jane C. Weeks, M.D., Paul J. Catalano, Sc.D., Angel Cronin, M.S., Matthew D. Finkelman, Ph.D., Jennifer W. Mack, M.D., M.P.H., Nancy L. Keating, M.D., M.P.H., and Deborah Schrag, M.D., M.P.H. - *Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer* - The New England Journal of Medicine - N Engl J Med 2012; 367:1616-1625 October 25, 2012 DOI: 10.1056/NEJMoa1204410
Cf. mail UNHPC 12/619 du 26 octobre 2012. Nous reprenons cet article dans le mail UNHPC 12/652 pour que le dossier soit complet.
Cf. aussi : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1204410?query=TOC>
- ¹⁹ Thomas J. Smith, M.D., and Dan L. Longo, M.D. - Talking with Patients about Dying - The New England Journal of Medicine - N Engl J Med 2012; 367:1651-1652 October 25, 2012 DOI: 10.1056/NEJMe1211160
Cf. : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1211160#refl>
- ²⁰ On peut penser que cette affirmation est un peu rapide ou du moins qu'elle devrait être mieux étayée. Rappelons-nous l'importante étude suédoise parue en avril dernier sur le risque significativement accru de suicide ou de décès cardiaque après l'annonce d'un diagnostic de cancer.
Cf. notre mail UNHPC 12/255 du 11 avril 2012 avec un dossier sur : Fang Fang, M.D., Ph.D., Katja Fall, M.D., Ph.D., Murray A. Mittleman, M.D., Dr.P.H., Pär Sparén, Ph.D., Weimin Ye, M.D., Ph.D., Hans-Olov Adami, M.D., Ph.D., and Unnur Valdimarsdóttir, Ph.D. - *Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis* - The New England Journal of Medicine - n engl j med 366;14 nejm.org april 5, 2012
L'annonce ou l'aveu de sa mort prochaine reste un moment extrêmement difficile à vivre pour la plupart d'entre nous. On peut douter qu'elle ne produise pas des effets aussi délétères que l'annonce d'un cancer.
Rappelons aussi, à titre d'illustration, qu'au début des travaux sur la sémantique entrepris par l'ONFV (Observatoire national de la fin de vie), cette année, lors du choix des mots

qu'il convenait de retenir pour les travailler, le mot "mort" avait un des scores les plus faibles. Les personnes interrogées n'étaient pourtant que des professionnels de santé impliqués dans la question des soins palliatifs et de support. Cela montre, si besoin était, la difficulté que nous avons, tous, à aborder ces sujets. Les grandes religions monothéistes ou les sages-esses orientales avaient et ont un effet facilitateur pour aborder ces sujets et ces moments. Nos sociétés modernes sont moins armées. Le constater permet de souligner un champ - envisager, préparer, parler de sa mort - où, incontestablement, nous avons à progresser.

- ²¹ *"It is possible to tell patients more effectively that they have a terminal illness, a sharing of information that would enable them to better plan their remaining life. But they need help. Oncologists can help patients understand by giving personalized information. Nearly all patients want to know whether or not they can be cured, and the majority want to know their prognosis. An essential skill for practitioners is mastering the conversation known as "ask, tell, ask," which consists of asking patients what they want to know about their prognosis, telling them what they want to know, and then asking, "What do you now understand about your situation?"*

Truthful conversations that acknowledge death help patients understand their curability, are welcomed by patients, and do not squash hope or cause depression. We need help breaking bad news. This is not one hard conversation for which we can muster our courage but a series of conversations over time from the first existential threat to life. We recommend stating the prognosis at the first visit, appointing someone in the office to ensure there is a discussion of advance directives, helping to schedule a hospice-information visit within the first three visits, and offering to discuss prognosis and coping ("What is important to you?") at each transition. This "best practices" model has allowed one large provider to double patients' length of participation in hospice programs, maintain rates of survival, and decrease total costs. Concurrent palliative care increases knowledge of prognosis, helps alleviate symptoms, reduces stress on caregivers, may improve survival, and lowers costs.

These are not trivial issues. Chemotherapy near the end of life is still common, does not improve survival, and is one preventable reason why 25% of all Medicare funds are spent in the last year of life. Patients need truthful information in order to make good choices. If patients are offered truthful information - repeatedly - on what is going to happen to them, they can choose wisely. Most people want to live as long as they can, with a good quality of life, and then transition to a peaceful death outside the hospital. We have the tools to help patients make these difficult decisions. We just need the gumption and incentives to use them."

- ²² Dr Alexandre Haroche - *Chimiothérapie des cancers métastatiques : ceux qui croient à l'improbable guérison* - JIM (Journal International de Médecine) - Publié le 30/10/2012
Cf. http://www.jim.fr/e-docs/00/02/0F/DE/document_actu_med.phtml
- ²³ Jennifer W. Mack, Angel Cronin, Nancy L. Keating, Nathan Taback, Haiden A. Huskamp, Jennifer L. Malin, Craig C. Earle, and Jane C. Weeks - *Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study* - Journal of Clinical Oncology - Published Ahead of Print on November 13, 2012 as 10.1200/JCO.2012.43.6055 - The latest version is at <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2012.43.6055>
- ²⁴ *"Aggressive care is not necessarily wrong for individuals at EOL ; it may fit with the preferences of select patients who want to pursue life prolongation at any cost. But most patients who recognize that they are dying do not want such care. Evidence suggests that less aggressive care is also less costly and less burdensome for surviving family members. Given the many arguments for less aggressive EOL care, earlier discussions have the potential to change the way EOL care is delivered for patients with advanced cancer and help to assure that care is consistent with patients' preferences."*
- ²⁵ Carmen Phillips - *Study Shows Importance of Early End-of-Life Care Discussions* - National Cancer Institute - NCI Cancer Bulletin November 13, 2012 • Volume 9 / Number 22
Cf. <http://www.cancer.gov/ncicancerbulletin/111312/page2>

- ²⁶ Notre dossier reprend 4 des abstracts cités par l'article du NCI (mail UNHPC 12/652 de ce jour)
- ²⁷ "Most [oncologists] choose not to have discussions about things like hospice, do-not-resuscitate [orders], and advance medical directives until there are no more chemotherapy options left," he said. "That allows us to avoid a hard conversation, but it doesn't serve as well to prepare the patients and families for what's coming."
- ²⁸ "The results « really highlight that much more work needs to be done to address this long-standing problem, » said Dr. Ann O'Mara, a program director in NCI's Division of Cancer Prevention who leads the institute's palliative care research program."
- ²⁹ "Now that several studies have documented that earlier palliative care can improve patients' quality of life and, in some cases, may have improved survival, Dr. O'Mara believes the time is ripe for « an intervention trial that examines the timing and frequency of doctor-patient conversations and the impact they have on patients and families, » particularly with regard to care decisions and their psychosocial impact on family members and caregivers."
- ³⁰ Jesse M. Raiten, M.D., and Mark D. Neuman, M.D. - Perspective - "If I Had Only Known" On Choice and Uncertainty in the ICU - The New England Journal of Medicine - N Engl J Med 2012; 367:1779-1781 November 8, 2012 DOI: 10.1056/NEJMp1209698
Cf. : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1209698>
- ³¹ Cf. mail UNHPC 12/324 du mardi 8 mai 2012 et plus particulièrement les articles de Marie-Aurélié Bruno, Frédéric Pellas et al. - *Quelle vie après le locked-in syndrome ?* - Rev Med Liege 2008; 63 : 5-6 : 445-451 ou Marie-Aurélié Bruno et al. - *A survey on self-assessed well-being in a cohort of chronic locked-in syndrome patients: happy majority, miserable minority* - BMJ Open (2011). doi:10.1136/bmjopen-2010-000039
Cf. aussi : ALIS - Association du Locked-in Syndrome - <http://www.alis-asso.fr/>
et notre Chronique 12/29 du lundi 23 juillet 2012
- ³² "Such patients have become common enough to be recognized by critical care physicians as a distinct subcategory of ICU patients - "the chronically critically ill" - a category that has been both created and sustained by advances in medical technology."
- ³³ "On the most basic, personal level, such regret is tragic. Yet considered more broadly, it points to shortcomings inherent in perspectives on medical decision making that are widely held by physicians. In a fundamental way, medicine and surgery are uncertain enterprises."
- ³⁴ "And to the extent that our patient's complex and protracted course of recovery could not have been predicted, her story emphasizes just how much uncertainty persists in efforts to predict the harms and benefits of major medical and surgical interventions."
- ³⁵ "... little guidance as to the implications of these choices for subsequent care, particularly when recovery has been marked by severe, unpredictable complications."
- ³⁶ "From the perspective of health policy, the need to more closely examine the weight that physicians and patients assign to specific medical choices within a larger, changing context of care represents far more than an abstract or theoretical concern. Rather, it represents a central, daily challenge that carries implications for both the cost and the quality of care delivered over the course of a prolonged and complex recovery. The way one views patients' initial choices to undergo advanced or high-risk interventions - as decisive acts of buy-in or as decisions made with limited information, to be revisited and reevaluated over time - sets the stage for one's approach to subsequent decisions regarding pursuit of life-sustaining or palliative care."
- ³⁷ "For patients like ours, explicit examination of such distinctions represents an important step toward confronting and understanding the regret that can occur in the ICU, and toward achieving a practice of medicine that can offer both hope and compassion."
- ³⁸ Anai Pian - *De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir »*. Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives - Revue européenne des migrations internationales - vol. 28 - n° 2 (2012) - mis en ligne le 10 octobre 2012 - DOI : 10.4000/remi.5915
Cf. mail UNHPC 12/652 de ce jour ou <http://remi.revues.org/5915>

De la vraie nature des réformes et de notre futur

- ✦ Réunion à l'Elysée sur le cancer
- ✦ Les pathologistes publient pour encourager l'Etat à faire ce qu'il a dit qu'il fallait faire
- ✦ Dans le contexte actuel, certains représentants de la FHF se sentent pousser des ailes

***Les Plans qui sont
censés nous réformer,
les réformes promises
qui ne se font pas,
les réformes opportunistes
qui nous feraient régresser***

Date de parution : lundi 26 novembre 2012

Mots types : O. Lyon-Caen - INCa - Plan Cancer - Sécurité Sociale - Recherche - Essais cliniques - Oncologie médicale - Anatomo-cyto-pathologie - M. A. Desailly-Chanson - Publication - SMPF - F. Capron - M. Guiu - FHF - FIDES - IGAS

Cette semaine l'actualité a été riche de signes contradictoires concernant les réformes qui rythment notre système de santé. Il y a des réformes qui se préparent, sans qu'on sache encore trop comment. Il y a les réformes qui sont prêtes mais qu'on ne fait pas, malgré les engagements réitérés. Il y a enfin les réformes que certains tentent en s'appuyant sur un contexte qu'ils jugent favorables, mais qui traduisent de véritables reculs ou de véritables blocages pour notre système.

Dans la première catégorie nous évoquerons, comme la semaine dernière, la réunion qui se tient à l'initiative du conseiller santé de l'Elysée sur le thème du cancer. Nous nous prêterons à l'exercice difficile qui consiste à essayer d'aller à l'essentiel en quelques minutes sur des sujets complexes sans connaître les intentions véritables de l'interlocuteur et sans trop savoir ce que vont défendre les personnalités qui sont invitées à s'exprimer en même temps. Difficile exercice qui souligne notre inca-

pacité collective à entreprendre des démarches communes depuis que les Plans Cancer existent.

Dans la catégorie des réformes qui sont prêtes mais qu'on ne fait pas, malgré les engagements réitérés, nous citerons cette semaine les réformes attendues de l'anatomo-cyto-pathologie. Les pathologistes essaient de réveiller leur dossier qui dort en publiant, sous forme de livres, le rapport de la DGOS sorti en avril dernier et une contribution complémentaire de la section libérale du syndicat qui les rassemble tous statuts confondus, le Syndicat des médecins pathologistes français. Du beau et très utile travail.

Dans la catégorie des réformes qui sont proposées en surfant sur le contexte mais qui sont étonnamment régressives, l'actualité de cette semaine a par exemple mis en exergue trois demandes officielles de la FHF concernant les hôpitaux publics : retarder l'obligation de facturer, retarder l'obligation de certifier les comptes, avoir un corps d'inspection bien à soi et composé des siens. Pour le moins étonnant en ce début de XXI^e siècle !

Réunion à l'Elysée sur le cancer

Nous l'avons évoquée la semaine dernière. Le Conseiller santé de l'Elysée, le Pr Olivier Lyon-Caen, a invité à l'Elysée, cette semaine, 10 personnalités pour "*parler cancer*"¹. Nous avons évoqué le contexte de cette invitation, du moins ce que nous pouvons en savoir. On peut s'étonner cette semaine du silence qui entoure cette entrevue. Nous n'avons de contact que lorsque nous prenons une initiative... Soit le privé est une fois de plus hors jeu, soit la crainte et les intérêts dominant et empêchent les professionnels de se concerter comme cela serait souhaitable.

Essayons donc de nous mettre en situation réelle. 10 personnalités sur un seul rendez-vous, cela oblige à être très synthétique. On est dans un cadre de type "refaites-moi le monde en 10 minutes". Ici, si chacun a 10 minutes, ce serait bien. L'autre scénario c'est que le Conseiller démine le terrain comme c'est souvent le cas en pareille situation. Il ferait alors un exposé partiel des intentions du Président pour situer les points d'opposition éventuels. L'exercice est alors encore plus difficile. Le niveau d'information est très différent d'une personne présente à l'autre. Il faut réagir au réflexe et essayer néanmoins de capter l'attention du Conseiller sur un sujet auquel on tient. On a parfois de bonnes surprises. Il en fut ainsi lorsque le Cercle des Cancérologues avait rencontré Frédéric Salat-Baroux, conseiller de Jacques Chirac, en mars 2002. Il est vrai que la rencontre, alors, s'était faite à la demande des professionnels et non

sur convocation. Il n'empêche, lors d'une première entrevue, le conseiller nous avait dit qu'il pensait que le Président ne "*prendrait pas*" : il voulait dire que le Président ne se lancerait pas dans un Plan Cancer. Il nous avait rappelé les promesses faites à Nixon. Il en tirait la conviction que les politiques ne pouvaient se lancer sur la foi des promesses des professionnels concernant une éventuelle victoire prochaine sur le cancer. Trop dangereux, nous avait-il dit. Lorsque le même Cercle des Cancérologues avait rencontré le Président Chirac en personne, lors d'une entrevue courtoise et intéressée, il avait eu confirmation. Le Président-candidat ne "prenait pas"... Il le disait de façon très aimable mais très ferme. De fait, durant la campagne de l'élection présidentielle, il n'y avait eu aucun engagement sur le cancer. Il n'empêche, à la surprise générale, lors de l'interview du 14 juillet 2002 sur la pelouse de l'Élysée, le Président nouvellement réélu annonçait le Plan Cancer 2003-2007. Aujourd'hui on sait que politiquement, au contraire, un Président de la République se doit de se montrer actif et en première ligne sur le terrain de la lutte contre le cancer...

Mais revenons au premier scénario possible. Une concertation sur la politique à venir, avec, dans toutes les têtes, le discours que fera François Hollande en clôture des Rencontres de l'INCa² le 4 décembre prochain³. Il faudrait très vite "rappeler" au Conseiller - très universitaire AP-HP⁴ - que le secteur privé est de loin le plus important des acteurs sur les champs du dépistage et du soin en lui "rappelant" quelques grands chiffres... ou en vérifiant qu'il les ait bien en tête, le tout sans lui donner l'impression de se mêler à la Cour des Grands, mais quand même, pour lui rappeler que nous existons et que les patients nous font confiance, en masse... Dans le cas, somme toute probable, ou un nouveau Plan Cancer serait annoncé, le troisième Présidentiel ou le quatrième si le pouvoir actuel réintègre le "Plan Jospin", l'important est que ceux qui dépistent les trois quarts des patients, ceux qui en diagnostiquent les deux tiers et ceux qui en soignent le plus grand nombre soient **présents dans le dispositif de préparation** du nouveau Plan ou de ce qui lui succèdera. Comment organiser correctement un Plan de santé publique si les acteurs les plus importants ne sont pas là, si ceux qui le préparent ne connaissent pas les contraintes et les modes d'organisation de ceux qui sont principalement concernés ? Difficile à faire admettre par les responsables actuels qui continuent à proclamer que nous ne soignons pas les mêmes patients. Mais parmi les personnalités auditionnées, il y en a plusieurs qui ont le sens du service public et le respect des faits. Il faudra alors s'appuyer sur eux. D'autres, même hostiles, savent que l'hôpital public ne peut tout faire et qu'il faut bien tenir compte de nos capacités. Il faut aussi s'appuyer sur eux. Souvenons-nous du temps pas si ancien ou des réunions entre "Grands" se tenaient au Cabinet de Jean-François Mattéi pour organiser la totalité du dépistage au sein des CHU⁵ et des CLCC⁶. Il leur avait fallu quelques réunions, mais ils avaient fini par trouver tout seuls que c'était physiquement impossible...

Si le conseiller actuel demandait à ses interlocuteurs "Que faire ?", quelles seraient les grandes priorités à lui exprimer ? Il faut choisir, on ne peut tout évoquer. La composition des dix personnalités invitées oblige à cibler ce qui peut

être entendu par elles pour ne pas susciter de leur part des réactions qui amoindriraient encore (est-ce possible ?) la considération dont fait l'objet notre secteur privé libéral de la part du pouvoir actuel.

Trois idées paraissent un maximum, surtout si chacun arrive sans s'être beaucoup concerté avec les autres invités... Compte tenu du contexte nous tentions trois sujets :

- **le sujet institutionnel.** Il s'agit du sort de l'INCa. Il faudrait arriver à sonder le Conseiller sur ses intentions, puisque nous savons qu'il en a.
 - **Soit l'INCa est sauvé.** Dans le contexte actuel, il est probable qu'il reste alors une Agence d'Etat. Il faudrait donc attirer l'attention du Conseiller sur la protection de l'institution par la mise en cohérence de sa gouvernance. Autrement dit il faudrait reprendre les propositions de l'UNHPC au Ministre Xavier Bertrand⁷ lorsqu'il avait convié le Conseil d'administration à une réflexion sur l'adaptation de la gouvernance de l'institution en fonction du choix d'orientation entre "maison commune" et "agence d'Etat". Nous disons "reprendre" les propositions de l'UNHPC, car elles sont toujours d'actualité, mais il ne faudrait bien sûr pas les citer en tant que telles : les problèmes sont anciens, mais, pour un Conseiller, il faut des solutions toutes nouvelles, et bien sûr "innovantes", qui se démarquent de ce qu'ont fait ou pas fait les prédécesseurs. Il reste que l'institution est en danger en fonctionnant officiellement avec un Conseil d'Administration et dans les faits avec un "pré-CA" qui n'a rien de légal. Il faut donc redéfinir ce qu'est l'Etat (les administrations au sens strict ou les administrations *plus* la Sécurité Sociale, ou ces dernières *plus* les grandes Agences de recherche...) et regrouper tous les grands acteurs dans un "Conseil Sociétal" ou un "Conseil Consultatif" comme nous l'avions appelé alors. Ce Conseil serait placé auprès de la Présidente, comme elle a déjà auprès d'elle un Conseil Scientifique. Ce serait innovant. Ce serait clarifiant pour tous. Ce serait protecteur pour l'institution. L'expression des acteurs serait possible mais l'Etat garderait la main.
 - **Soit l'INCa disparaît au profit d'une "Mission",** d'une petite équipe opérationnelle qui suivrait le dossier, aurait des responsabilités clairement définies par une feuille de route ou un ordre de mission officiel. Pour qu'elle ait quelque influence, il la faudrait "interministérielle". Au vu de l'expérience passée, le privé aurait des raisons de se réjouir de cette orientation. Il pourrait suggérer la nomination d'une personnalité ne provenant pas directement du secteur afin de renforcer son "indépendance" et sa capacité à tenir des positions de service public sans interférence de liens d'intérêt. Il pourrait aussi suggérer que l'équipe restreinte ainsi mise en place comprenne au moins une personne connaissant bien chacun des grands secteurs statutaires concernés. Si la discussion "prend", il faudrait lui suggérer une parité public-privé avec, pour la partie publique, une forte représentation des CH⁸ compte tenu de leur rôle dans le soin. Il faudrait aussi ne pas oublier tout ce qui est dépistage et avoir sur ce point aussi quelqu'un qui connaît le fonctionnement de la médecine libérale.

- **le sujet de l'articulation Etat - Sécurité sociale.** Si ce sujet peut être abordé, seul le représentant du privé, Jean-Loup Durousset le fera. Les autres personnalités invitées ne se sentiront pas concernées. Il faudra pourtant bien marquer la nécessité de cette articulation afin de rendre l'action publique plus cohérente et, en conséquence, intégrer les acteurs libéraux aux politiques décidées par l'Etat. Le Conseiller n'a probablement pas conscience de l'incohérence institutionnelle en la matière et de ses dégâts. La Sécurité Sociale n'est pas dans les soucis de l'AP-HP. Si c'est bien le cas, il faudrait donc le nourrir de quelques exemples d'échecs dus à cette non-articulation et souligner auprès de lui l'impact important qu'il aurait sur le système de santé s'il savait, à l'inverse de ses prédécesseurs, trouver les moyens de garantir cette articulation. Plus largement il faudrait lui recommander que toute mesure nouvelle fasse obligatoirement l'objet d'une répartition claire et suivie de la charge de financement entre la DGOS⁹ et la Sécurité Sociale représentée par la DGS¹⁰ et l'UNCAM¹¹ réunies. Le financement des mesures nouvelles devrait recueillir l'approbation de tous les invités à cette réunion. Si cette question du financement est abordée, il faut bien sûr être prêt sur les questions du financement du médicament, sur les restes à charge pour les patients comme pour les établissements, sur le financement au parcours de soins...
- **le sujet de la recherche.** Compte tenu de la composition du groupe des personnalités invitées, le sujet de la recherche prendra une fois de plus une place très importante. Il faut essayer de convaincre le Conseiller du fait que le maintien du rang de la France en matière de recherche et la qualité des soins offerte aux patients poussent tous deux à développer les inclusions dans les essais cliniques de façon beaucoup plus volontariste que par le passé. Cela valoriserait de surcroît le rôle des CHU et des CLCC. Mais la très grosse majorité des patients étant dans les CH et dans le privé, ce sont bien eux qu'il faut viser par des politiques incitatives nouvelles et adaptées. C'est bien chez eux qu'il faut favoriser les inclusions dans les essais cliniques en développant les organisations, les formations, les suivis et les financements nécessaires. Il s'agit de mesures peu coûteuses mais à fort impact sur le niveau général de qualification des professionnels, sur la qualité des soins et sur l'égalité d'accès. Là aussi, contrairement aux engagements pris par ses prédécesseurs, très peu a été fait. Le Président de la République pourrait apporter sa marque en œuvrant ainsi au développement de la recherche française par des politiques allant clairement dans le sens de l'égalité d'accès des citoyens à des soins de qualité.

Si par hasard et par extraordinaire il reste un peu de temps au Conseiller, il faudrait sans doute attirer son attention sur le **devenir de deux métiers** fondamentaux pour l'avenir de la cancérologie et qui sont aujourd'hui sinistrés : l'oncologie médicale et l'anatomo-cyto-pathologie.

Concernant l'**oncologie médicale**, il faudrait souligner auprès de lui l'incohérence qu'il y a eu à développer une priorité de fait sur le médicament en délaissant complètement le métier prioritairement chargé de sa mise en œuvre, l'oncologie médicale. Comme il a l'habitude de n'entendre que des gens qui se

plaignent, il faut, par quelques arguments forts, le convaincre qu'il s'agit ici d'un vrai problème de santé publique, que les autres pays développés rencontrent aussi, mais que, sans Plans Cancer, ils ont parfois mieux su résoudre ou prendre en charge que nous.

Il faudrait aussi lui montrer, lui rappeler, ou lui apprendre, l'urgence qu'il y a à tenir tous les engagements passés concernant l'**anatomocytopathologie**, lui dire l'urgence qu'il y a à appliquer les préconisations du rapport de la DGOS d'avril 2012, les dangers qui semblent réapparaître d'une confusion avec la biologie dans les travaux qui semblent reprendre sur la loi de réforme de la biologie. Lui rappeler aussi, normalement il est déjà sensibilisé sur la question, l'impact fondamental de l'ACP¹² sur la maîtrise des dépenses et les équilibres médicoéconomiques en matière de cancer.

Dans les deux cas, oncologie médicale et ACP, il s'agit de vraies questions, de métiers qui sont clefs pour l'avenir de la cancérologie, de la qualité comme des coûts des soins.

- Dimension institutionnelle afin de rendre l'action publique plus opérationnelle,
- cohérence des financements par l'articulation de la Sécurité Sociale à l'action de l'Etat concernant le cancer,
- renforcement de la capacité d'inclusion dans les essais cliniques avec pour corollaire le développement de la qualification et de l'accessibilité à des soins de qualité,
- consolidation des métiers qui optimisent la prise en charge,

ce serait déjà très bien. Participation du privé aux éventuelles instances de préparation d'un futur Plan, quelle qu'en soit la forme, ce serait bien aussi.

Ces réunions sont toujours frustrantes - il y aurait tant de sujets à évoquer, tant de choses simples mais importantes à faire ! Elles ne se déroulent jamais comme on l'avait imaginé. Il faut y aller avec quelques grandes priorités et beaucoup de disponibilités pour s'adapter très rapidement. Ces quatre grands sujets sont des sujets qui, malgré l'impréparation désastreuse entre les personnalités invitées, devraient faire partie du menu d'une majorité d'entre elles. C'est bien ce qu'il faut privilégier pour éviter la cacophonie ou donner l'impression d'une défense corporatiste dont on nous suspecte avant même de commencer. Quels que soient les points évoqués, et en particulier sur tous ceux qui intéressent le Conseiller, il faut bien sûr proposer une ou des notes blanches afin de formaliser les analyses et les propositions. Il faut rester dans le dispositif de concertation. L'expérience prouve que, pour le privé, la seule façon d'y être admis, c'est de faire des propositions concrètes, car, en général, les conseillers en sont friands.

En ce qui nous concerne, nous exprimons ici tous nos vœux à nos collègues qui seront mercredi à l'Elysée, tout particulièrement à Jean-Loup Durousset, seul représentant de notre secteur. Nous leur souhaitons de pouvoir s'y rendre en bonne forme. Nous leur souhaitons aussi d'avoir un peu de chance, car il faut en avoir en pareil cas !

Anatomo-cyto-pathologie
Pour que le rapport de la DGOS
serve enfin à quelque chose !

Nous avons souvent évoqué ici les problèmes des pathologistes. Ils ont la clef du diagnostic. Le nombre des cancers se multipliant depuis quelques années avec les nouvelles voies ouvertes par les "omiques"¹³ et en particulier la génomique, leur rôle sera de plus en plus important. Le prix des prises en charges adaptées, en particulier lorsqu'il s'agit de prises en charges médicamenteuses, sera forcément croissant compte tenu du fait que les cibles seront de plus en plus étroites. Les pathologistes sont donc aussi déterminants en termes d'optimisation médico-économique de la prise en charge des cancers. Tout cela est connu et répété depuis des années. Les rapports successifs parlent de spécialité "*irremplaçable*"¹⁴, "*déterminante*"¹⁵ occupant "*une position pivot*" "*une place incontournable et privilégiée à toutes les étapes du processus*"¹⁶. Et pourtant rien ne bouge. Pire, les choses se dégradent. L'INCa n'applique pas les engagements successifs des Plans cancer. Au contraire, il favorise certains acteurs choisis par lui, crée des rentes et prend le risque d'une déqualification progressive du plus grand nombre.

Pourtant les pathologistes de tous statuts restent solidaires sur une même conception du métier. Ils alertent et frappent à toutes les portes pour être entendus. Ils obtiennent que la DGOS prenne le dossier en main. Un groupe de travail est créé. Un groupe plénier coordonne 5 sous-groupes spécialisés. De nombreux professionnels s'y impliquent, en particulier le Pr Frédérique Capron, vice-présidente du SMPF¹⁷. La responsable et l'animatrice pour la DGOS, le Dr M. A. Desailly-Chanson, a suffisamment de savoir-faire et d'opiniâtreté pour finaliser le tout sous forme d'un rapport daté d'avril dernier.¹⁸ Toutes les sociétés représentatives considèrent que ce rapport est fidèle aux travaux menés, en particulier aux constats et aux préconisations faisant consensus.

Pourtant, depuis avril, le dossier des Anapath est à nouveau bloqué. Les acteurs institutionnels sont silencieux. La DGOS est retournée aux abonnés absents. Le Dr M. A. Desailly-Chanson a rejoint l'IGAS qui lui confie des missions lointaines. L'INCa reste silencieux, comme si ce rapport ne le concernait pas. La CNAM propose 3 % d'augmentation sur la CCAM. Ridicule face aux PHN¹⁹. Le Ministre et le Cabinet ont changé, le directeur de la DGOS aussi...

Les pathologistes, après 10 ans de promesses, ne savent plus à quel saint se vouer. L'an dernier à pareille époque ils avaient l'espoir que la DGOS irait jusqu'au bout du travail qu'elle avait initié avec l'ensemble des acteurs concernés. Cet espoir n'était pas vain, le rapport est sorti. Mais il faut maintenant qu'il serve enfin à quelque chose.

Les pathologistes ont donc décidé de publier à nouveau ce rapport, sous une forme plus accessible. Avec notre aide ils en ont fait un livre. Les pathologistes libéraux voulaient aller plus loin. Sous la conduite du Dr Michel Guiu,

Président du SMPF, ils ont donc décidé de compléter le livre du rapport officiel d'une "*Analyse de la section libérale du SMPF*". Cette analyse est avant tout un complément qui apporte précisions et propositions complémentaires au rapport. Le tout constitue un "Livre blanc" de l'ACP avec une dimension supplémentaire : le socle est constitué par un rapport officiel.



Les deux ouvrages sont publiés et diffusés simultanément à un grand nombre de leaders d'opinions et aux principaux responsables du système hospitalier. Ils sont bien sûr accessibles sur simple demande par tous nos lecteurs. Une version au format .pdf est diffusée en complément. Nous la diffuserons bien sûr nous aussi. Ces deux ouvrages seront téléchargeables sur les sites du SMPF et sur le site de l'UNHPC.

Souhaitons que ces efforts soient enfin couronnés de succès ! C'est plus que jamais nécessaire pour les patients, pour nous tous, professionnels de la cancérologie, comme pour l'avenir de notre système de santé.

En complément du signalement de ce travail utile, et pour donner une idée de son sérieux et de son intérêt, nous reprenons ci-dessous le **récapitulatif des "Préconisations du SMPF"**.²⁰

- ↪ 1 - Unifier le **statut** juridique de l'ACP sous forme de médecine de spécialité
- ↪ 2 - Rééquilibrer les **moyens** humains, techniques et financiers attribués aux différents secteurs en les reliant à l'activité
- ↪ 3 - Favoriser la **formation** des pathologistes et ouvrir les techniques moléculaires au secteur libéral
- ↪ 4 - Permettre un réajustement de la « **productivité** » médicale devenue excessive en secteur libéral en contrant la diminution des effectifs de pathologistes dans ce secteur et en valorisant à leur juste valeur les actes d'ACP
- ↪ 5 - Rationaliser la place de l'hyperspécialisation et de l'**expertise** en ACP

- ↪ 6 - Supprimer l'obligation déqualifiante de double lecture en la remplaçant par la **consultation de second avis organisée**
- ↪ 7 - Regrouper les **structures** ACP en unités de taille suffisante (supérieure à celle proposée dans le rapport) pour pouvoir prétendre à un plateau technique complet.
- ↪ 8 - Clarifier sur un plan juridique l'utilisation du **formaldéhyde** classé CMR1 et l'obligation de substitution
- ↪ 9 - Mettre en place des **seuils** d'activité cohérents avec les impératifs de qualité et d'efficience requis
- ↪ 10 - Rendre plus juste et plus équitable le **financement** des différents modes d'exercice. Valider immédiatement la CCAM-V2 en prenant en compte le coût réel de production des actes en revalorisant les actes ACP après un quart de siècle d'immobilisme et huit années de retard de la CCAM-ACP.
- ↪ 11 - Evaluer en termes de moyens humains et financiers les **nouvelles contraintes** de sécurité sanitaire, d'accréditation et de transmission des données ACP.
- ↪ 12 - Favoriser et définir un mode de **coopération** équilibré entre secteur public et privé et lui donner les outils juridiques nécessaires
- ↪ 13 - Redéfinir la **place de l'ACP** dans le système de soins
- ↪ 14 - Nommer d'urgence un responsable et installer un **comité de suivi** des préconisations du rapport de la DGOS. Celles-ci seraient inscrites dans un "Plan ACP" et seraient mises en application selon un agenda « contraignant ».

Merci et bravo les Pathologistes ! Quel mérite ils ont de ne pas se décourager, de rester solidaires, de ne pas se replier face à l'adversité mais de continuer à se battre pour que les grandes proclamations politiques soient un tout petit peu suivies d'effet, qu'on introduise un peu plus de rationalité et d'équité dans nos organisations, qu'on prépare l'avenir au lieu de gérer les rentes et les réseaux d'influence ! Il faut faire connaître ces publications, les mettre au cœur de nos débats, en saisir les Tutelles, bref, se montrer solidaires avec les pathologistes car leur combat est aussi le nôtre. Ils sont aussi un exemple à suivre. Les radiothérapeutes préparent un livre Blanc qui, dans un contexte très différent promet, lui aussi, d'être important. On se surprend à rêver d'un réveil des oncologues médicaux qui déboucherait sur une initiative de ce type, ou d'un autre !

Oui, merci et bravo les Pathologistes !

A quand la nuit du 4 août ?

On se dit parfois qu'on vit sur deux planètes différentes. Partons donc sur une autre planète. Chaque semaine nous amène son lot de surprises. On en reste parfois stupéfaits. Cela a été le cas plusieurs fois cette semaine.

On connaît le contexte. Notre Ministre veut le retour, comme si on l'avait perdu, du "*tout hôpital*". Elle remet à l'honneur le "*tout politique*". La planification ne suffit pas il faut que les décisions soient plus "*politiques*" et il faut donc reprendre en main les ARS dans ce sens²¹. On n'a donc pas encore tout vu !

Il s'agit donc de défendre l'hôpital, de lui proposer un nouveau pacte de confiance. Soit. Pourtant, ce que l'on dit de ce qui se prépare ne va pas dans le sens de l'avenir de l'hôpital, mais plutôt dans le sens de son blocage. Il en va ainsi de la gouvernance par les comités. Il en va ainsi dans l'institutionnalisation des privilèges via les MIGAC ou autres versements "*politiques*" plutôt que sur la base de l'activité constatée. Mais en ouvrant ainsi plusieurs boîtes de Pandore²², il n'est pas étonnant que de nouvelles propositions apparaissent. Si, à la FHF, certains s'inquiètent, d'autres mettent le pied sur l'accélérateur et cette semaine, très officiellement, on a vu surgir au moins trois propositions, au sens propre, stupéfiantes.

- **Facturer ?** C'est difficile et coûteux. Plus on est grand plus c'est difficile. Faire comme tout le monde, même lorsque ça paraît évident, n'est pas forcément digne des grands de ce monde. Le 19 novembre dernier, le Président de la FHF ose donc écrire une lettre qui est un vrai morceau d'anthologie. La FHF s'étonne que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013 prévoit une généralisation de la facturation individuelle d'ici au 1^{er} mars 2016 avec un démarrage au 1^{er} janvier 2013 pour les consultations externes et au 1^{er} janvier 2014 pour les séjours. Il s'agit bien sûr du projet FIDES²³. Dans cette lettre, la FHF déplore l'absence d'évaluation précise du projet eu égard à "*l'ampleur des changements induits*", à "*leurs impacts*" et au "*coût [...] rapporté à ses bénéficiaires*". Généraliser un modèle de facturation au séjour à la veille d'une évolution importante du mode de financement des hôpitaux, qui va elle-même commander d'autres évolutions, parfois contradictoires à la FIDES, ne va pas manquer de susciter l'incompréhension des professionnels". La FHF se fait une piètre idée des "*professionnels*" ! Un bilan économique précis devait être présenté en mai puis en septembre mais "*n'a à ce jour fait l'objet d'aucune communication*". Frédéric Valletoux remarque que la généralisation du projet "*va se traduire très concrètement par de lourdes dépenses pour les établissements et d'importantes réorganisations et [...] va nécessiter de recruter de nouveaux agents pour le traitement des factures*" et que les bénéficiaires du projet FIDES "*restent à démontrer*".

Surtout ne prenez pas ça au sérieux, vous vous feriez du mal. Surtout n'en parlez pas à l'extérieur. Au mieux on ne vous croirait pas. Au pire on vous prendrait pour un sectaire anti-hôpital. Non prenez-le comme une blague

dont on peut rire ensemble, le rire soigne, mais en sachant que cet humour nous est réservé. Il y a en effet de par le monde des humours plus difficiles d'accès que d'autres, pour autant ils sont parfois très drôles. Le prendre ainsi est la seule façon de ne pas se faire du mal.

- **Faire certifier ses comptes.**²⁴ Vous êtes persuadés que c'est un progrès. Ce n'est pas une partie de plaisir, certes, mais c'est nécessaire et protecteur. Votre commissaire aux comptes est assermenté et pénalement responsable de ce qu'il écrit vous concernant. Rien n'est parfait, mais vous êtes persuadés que c'est une régulation nécessaire. Eh bien, vous devez faire partie des manants. Car, lorsqu'on fait partie de l'aristocratie tout cela est limite injurieux ! C'est ainsi que la FHF a demandé à la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, un report de deux ans, à 2016, de l'entrée en vigueur de la certification des comptes des hôpitaux. Pour être tout à fait exact, *"en sa qualité de représentante de l'ensemble des hôpitaux publics, la FHF tient à vous faire part du soutien de principe qu'elle apporte à la certification des comptes des établissements publics de santé. Cette position est néanmoins assortie de conditions..."* Ah, les principes !

"A l'heure où les hôpitaux publics ont plus que jamais besoin de souplesse et d'une capacité de décision renforcée, la certification ne saurait avoir pour conséquence d'alourdir encore davantage leur fonctionnement en ajoutant à la séparation ordonnateur/comptable, au contrôle des agences régionales de santé (ARS) et au contrôle des chambres régionales des comptes, un nouvel étage de contrôle". Soit. La suite change de registre. La Fédération *"s'inquiète"* aussi de *"l'impact de la certification des comptes sur les résultats budgétaires et financiers des établissements. Il s'agit là de dimensions lourdes de conséquences"*. Elle s'inquiète aussi de *"la responsabilité du chef d'établissement en cas de réserves significatives du commissaire aux comptes"*. L'alerte du Président Valletoux se veut *"solennelle"* !

Eh bien ! Qu'est-ce que vous dites ou qu'est-ce que vous pensez, vous, d'un chef d'établissement qui craint pour sa *"responsabilité en cas de réserves significatives du commissaire aux comptes"* ? Non, arrêtons là, je vais sans doute trop loin. Mais quand même, ce n'est pas notre culture, comme on dit maintenant ! Le Président Valletoux en appelle à la *"sagesse"* de la Ministre. Heureusement que notre Président *"normal"* avait trouvé il y a quelques semaines *"normal"* de faire certifier ses comptes et avait demandé qu'on accélère plutôt qu'on freine... Cela paraissant sage, en effet, et, s'il y a des problèmes techniques, il y a suffisamment de compétences pour les régler et répondre au souci, par ailleurs légitime, de souplesse dans la gouvernance des hôpitaux publics ! En République, au XXI^e siècle, on devrait quand même pouvoir être à la fois souple et certifiable, donc rigoureux !

- **Avoir un corps d'inspection bien à soi.**²⁵ Quelle chance ce serait, n'est-ce pas ? On vivrait dans un pays sans conflit d'intérêts. La vie serait vraiment plus belle. Alors pourquoi se gêner et pourquoi ne pas le demander ? C'est donc ce qu'a demandé la FHF à notre Ministre Marisol Touraine, toujours par courrier, très officiellement. Celui-là est daté du 12 novembre. Il con-

firme une demande plus ancienne. Sans doute la FHF juge-t-elle la période favorable ? La demande est donc consignée par plusieurs organisations syndicales²⁶. *"La création d'un corps d'inspection spécifique au monde hospitalier est un objectif essentiel à moyen terme"*. La Ministre avait répondu sagement fin août qu'elle ne donnerait pas suite, mais elle avait précisé qu'elle veillerait à ce que l'IGAS continue à *"se doter régulièrement des compétences hospitalières qui lui sont nécessaires"* et à ce que le nombre de ses membres issus des cadres hospitaliers *"reste élevé"*. Sympa quand même la Ministre !

Dans la lettre du 12 novembre les signataires lui rappellent que la création d'une inspection générale propre au secteur hospitalier *"reste un objectif essentiel à moyen terme, tant se confirme chaque jour la nécessité de disposer d'une expertise pointue en la matière"*. A court terme, ils souscrivent cependant à l'engagement de la ministre de faciliter l'accès à l'IGAS de hauts professionnels hospitaliers. Il faut donc que *"les postes d'IGAS ou au sein de l'IGAS qui ont été ou vont prochainement être libérés par des hospitaliers soient réservés et pourvus par des dirigeants hospitaliers"*. Ils demandent à Marisol Touraine de prendre une *"instruction claire"*.

Vous oseriez, vous ?

Bonne semaine quand même !

-
- ¹ Il s'agit de : Agnès Buzyn, Jean-Loup Dourousset, Alexander Eggermont, Jacqueline Godet, Claude Huriet, Thierry Philip, Frédérique Penault-Llorca, Jacques Raynaud, Josy Reiffers, Serge Uzan.
Cf. notre chronique UNHPC 12/46 de lundi dernier 19 novembre 2012
- ² INCa : Institut national du cancer
- ³ Quatrième édition des Rencontres annuelles de l'INCa - Mardi 4 décembre 2012 - Cité Universitaire, Paris - Thème : *Inégalités face aux cancers - Recherche, soins et santé publique : la nécessité d'une approche intégrée*
Cf. mail UNHPC 12/542 du 20 septembre 2012
- ⁴ AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris
- ⁵ CHU : Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ⁶ CLCC : Centre de lutte contre le cancer
- ⁷ Cf. UNHPC, note de proposition préparatoire au CA du 21 décembre 2006 (note datée du 6-12-2006) et mail UNHPC 07/02 du mardi 2 janvier 2007 et UNHPC 07/35 du lundi 29 janvier 2007
- ⁸ CH : Centre hospitalier
- ⁹ DGOS : Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ¹⁰ DGS : Direction générale de la santé - Ministère de la santé
- ¹¹ UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie
- ¹² ACP : Anatomie et cytologie pathologiques
- ¹³ Les plus connues des « omiques » sont :
- la génomique, qui étudie le livre des « recettes de base » écrites dans les gènes et le matériel génétique contenu dans l'ADN, définissant les caractéristiques d'un individu ;
 - la transcriptomique, qui étudie comment les « recettes de base » sont traduites en un produit final : les protéines via les ARNm2 ;
 - la protéomique, qui étudie l'ensemble des protéines produites par l'expression d'un génome ;
 - la métabolomique, qui étudie les interactions entre les protéines et l'ensemble des métabolites (sucres, lipides...) d'une cellule. Les « omiques » sont des technologies de production de données qui permettent de caractériser les « omes », du génome au régulome.
- Cf. : <http://www.leem.org/article/genomique-transcriptomique-proteomique-metabolomique-quoi-servent-les-omiques>
- ¹⁴ Plan Cancer 2009-2012
- ¹⁵ Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013
- ¹⁶ Commission d'orientation sur le cancer - 2003
- ¹⁷ SMPF - Syndicat des Médecins Pathologistes Français
- ¹⁸ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - *Rapport Anatomie et cytologie pathologiques* - 15 avril 2012
Cf. mail UNHPC 2012/325 du 9 mai 2012
- ¹⁹ Actes en P, hors nomenclature

- ²⁰ p. 23 et 24 du deuxième ouvrage : "*Analyse de la section libérale du SMPF*"
- ²¹ La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, souhaite s'"investir" personnellement dans un pilotage "politique" et non plus administratif des agences régionales de santé (ARS), a-t-elle déclaré mardi lors du forum Economie santé organisé par Les Echos-conférences.
- Répondant à une question posée dans la salle, la ministre a affirmé que les ARS devaient désormais "franchir un nouveau cap" et "devenir plus opérationnelles". Elle a ajouté que "le temps des plans, des schémas" devait "laisser la place au temps des projets" et de la "mise en œuvre".
- Pour "mobiliser" les ARS, elle entend leur "signifier les nouveaux objectifs à prendre en considération" et à décliner localement. Estimant qu'il "ne peut pas y avoir de politique de terrain sans relations fortes avec les élus", elle a jugé nécessaire "que les ARS tiennent compte de ces réalités-là".
- Considérant que le pilotage des ARS est, pour l'heure, "administratif", elle a plaidé pour qu'il "devienne politique". "J'ai l'intention de m'y investir et d'être présente [aux] réunions pour que les directeurs généraux des agences régionales de santé voient qu'il y a un pilote dans l'avion", a-t-elle précisé.
- APM - Nicolas COCHARD, au forum Economie santé - *Marisol Touraine veut s'investir personnellement dans un pilotage "politique" des ARS* - nc/ab/APM polsan - NCPKK003 20/11/2012 17:00 ACTU
- ²² Pandore céda à la curiosité qu'Héra lui avait donnée et ouvrit la boîte, libérant ainsi les maux qui y étaient contenus. Elle voulut refermer la boîte pour les retenir il était hélas trop tard ! Seule l'Espérance, plus lente à réagir, y resta enfermée.
- Cf. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pandore>
- ²³ FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif
- Cf. APM - *Projet Fides : la FHF demande l'évaluation des impacts avant toute généralisation* - cb/ab/APM polsan - CBPKM002 22/11/2012 15:45 ACTU
- Ou : T. Q. - Finance - *La généralisation de la FIDES sans étude d'impact dénoncée par les hospitaliers* - HOSPIMEDIA du 20 novembre 2012
- Et, présentation de la DGOS sur le projet Fides sur le site de la FHF : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Achats-Finances/Facturation/Presentation-de-la-DGOS-aux-Federations-et-Conferences-sur-l-avancement-du-projet-Fides>
- Rapport 2012 au Parlement sur le projet Fides : www.apmnews.com/documents/Projet_FIDES_-_Rapport_au_parlement_2012_V2_2_.pdf
- ²⁴ APM - *Certification des comptes des hôpitaux : la FHF demande un report à 2016* - san/eh/APM polsan - SNPKK001 20/11/2012 10:52 ACTU
- ou : C.C. - LFSS 2013 - *La FHF plaide pour un amendement gouvernemental repoussant la certification des comptes à 2016* - HOSPIMEDIA le 20 novembre 2012
- La lettre de Frédéric Valletoux à Marisol Touraine est téléchargeable sur le site de la FHF. Courrier de la FHF à Marisol Touraine sur la certification des comptes - 19 nov 2012 - Ce courrier a été adressé à la Ministre le 29 octobre 2012 : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Achats-Finances/Certification-des-comptes/%28language%29/fre-FR>
- ²⁵ Cf. : P.H. - Ressources humaines - *Marisol Touraine privilégie l'accès facilité des dirigeants hospitaliers au corps IGAS à la création d'une inspection dédiée* - HOSPIMEDIA du 16 novembre 2012 et F. Na - *Les hôpitaux réclament leur propre corps d'inspection* - HOSPIMEDIA du 16 novembre 2012
- ou : APM - *La création d'une inspection générale des hôpitaux de nouveau réclamée* - san/ab/APM - SNPKG003 16/11/2012 16:43 ACTU
- ²⁶ Association des directeurs d'hôpital (ADH), les conférences des directeurs de CH, des directeurs généraux de CHU et des directeurs d'établissements de santé mentale, la Fédération hospitalière de France (FHF), les syndicats de dirigeants hospitaliers CH-FO et SMPS.

Equité et vision dans l'organisation et la régulation

- ✦ Réunion à l'Elysée
- ✦ Enveloppe et stratégie
- ✦ Les réseaux : un sujet sérieux
- ✦ Naissance d'un futur géant ?
- ✦ Essais cliniques et délits d'initiés

***Vers un nouveau
Plan Cancer ?
Pour qui ?
Pour quoi ?
Conçu par qui ?
Financé comment ?
Évalué comment ?***

Date de parution : lundi 3 décembre 2012

Mots types : Plan Cancer - Fr. Hollande - INCa - ONDAM - ODMCO - Enveloppe - FHP - FHP-MCO - Réseaux - Mutualité - IUC Pierre et Marie Curie - S. Uzan - USA - Essais cliniques - Confidentialité - Délits d'initiés

Notre chronique reprend cette semaine une partie seulement des événements qui l'ont marquée. Pour nous, cancérologues, la **réunion à l'Elysée** était bien sûr au centre de beaucoup de conversations, en particulier aux Rencontres de la Cancérologie Française¹ qui se sont tenues à Lyon mardi 27 et mercredi 28 novembre. Hélas, comme c'était à craindre, les professionnels invités n'ont pas jugé utile de préparer ensemble cette importante réunion. Elle s'est tenue en présence du Chef de l'Etat. Il en ressort que nous aurons très probablement, demain, mardi 4 décembre, l'annonce d'un nouveau Plan Cancer et que l'INCa sera chargé de sa préparation.

Face à un ONDAM à peu près équivalent aux évolutions d'activité en volume et qui débouche par conséquent sur une stagnation ou une ré-

gression tarifaire, nos Fédérations de cliniques ont confirmé le choix qui est le leur de ne pas accepter l'hypothèse de la création d'une **enveloppe spécifique** de type ODMCO privée. Choix difficile pour certains mais lucide et courageux pour l'ensemble de la profession.

Il faut évoquer aussi les débats parlementaires concernant les **réseaux de soins** des Mutuelles. C'est un vieux débat. On peut regretter qu'il soit si confus et que tant d'ambiguïtés demeurent malgré les corrections apportées à la suite de nombreuses déclarations et manifestations lors du vote en première lecture à l'Assemblée. On est loin de "*la construction d'un parcours de soins plus cohérent*" demandée par le Président de la Mutualité Française et sans doute aussi par une majorité d'entre nous, pourvu que cette construction plus cohérente soit ouverte à tous et ne soit pas organisée comme un privilège pour certains ! Encore une occasion perdue ?

Un nouvel IUC a été inauguré cette semaine. On a envie de dire "Bof ! Qui n'a pas son IUC ?" Eh bien celui-là est digne d'attention. Il déroge aux règles qui président à la mode des IUC. Il est pourvu d'un vrai projet médical. Il a largement la taille critique. Il fédère au lieu d'absorber. Il s'agit de l'**IUC de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie**, dirigé par le Doyen Serge Uzan. Il valait donc une mention spéciale, même rapide, dans notre chronique de cette semaine.

Nous signalerons aussi un article intéressant mais un peu inquiétant du Financial Times sur les médecins jugés aux USA pour **délits d'initiés** et non respect des règles de confidentialité suite à leur participation à des essais cliniques. Il fallait faire des progrès en termes de gestion de nos liens d'intérêt. On est sans doute allé trop loin concernant ceux liant les médecins aux laboratoires tout en délaissant de nombreux autres. Mais nous avons raréfié l'expertise et cela pose de sérieux problèmes. Sur ce nouveau chantier qui semble s'ouvrir, il faut donc veiller à ce que les engagements de confidentialité soient respectés mais veiller en même temps à ne pas nuire aux inclusions dans les essais cliniques. Cet article est une alerte.

Réunion à l'Elysée

La réunion prévue à l'Elysée et que nous annoncions dans nos deux dernières chroniques a bien eu lieu. La forme a été changée. Finalement le Président François Hollande était là en personne. Il avait été demandé aux participants de parler chacun à leur tour 4 minutes. Méthode un peu surprenante et pas très drôle pour notre Président qui, de l'avis de tous les présents a fait preuve de sa grande qualité d'écoute.

Les participants sont bien sûr tenus à un minimum de discrétion sur le contenu. Cela leur est facile du fait de la forme qu'a prise cette réunion. L'Elysée a pourtant fait un communiqué. Il est intitulé "**Entretien avec les associations et les professionnels sur le thème du cancer**".²

Ce communiqué nous dit que : "*L'entretien a porté sur les progrès thérapeutiques et l'innovation, la recherche, la médecine personnalisée, la détection et la prévention d'une maladie qui concerne 5 millions de familles.*" Il est un peu inquiétant de constater que les soins ne sont pas cités. La composition de la délégation nous avait fait pressentir ce risque. Pour certains de nos collègues l'enjeu est dans le maintien de courants de financement de la recherche, même si, comme ils l'avouent, ils n'ont guère de problèmes de financement de leurs programmes de recherche... Par contre "*l'égalité d'accès aux soins innovants*" posera sans doute problème à ceux qui écartent notre secteur. Nous ne nous en plaignons pas !

Mais l'important est à venir. Il ressort clairement deux choses : nous aurons presque certainement un nouveau Plan Cancer. Pour l'anecdote, le Président a noté qu'il s'agissait bien du 4^e, mais que l'usage était de dire 3^e et qu'il n'avait pas encore arrêté sa position sur la numérotation. Comme quoi tout est politique : dire 4^e Plan, c'est rappeler que les Socialistes ont inauguré cette approche par grands Plans. Dire 3^e c'est se situer dans la suite des Plans Présidentiels et marquer son appartenance à ce haut niveau de légitimité... Pour nous professionnels, l'important est qu'il y aura donc un nouveau Plan.

La seconde question est celle de savoir qui va le préparer. Le Président a "*constaté*" que "*tout le monde ne lui disait que du bien de l'INCa*". L'INCa est donc consolidé et il semble que la conception du Plan lui sera confiée. Espérons qu'à cette occasion, l'INCa étant consolidé, il retrouve le sens de l'intérêt général et de l'équité.

Au total il faut donc attendre le discours que François Hollande prononcera demain en fin de journée en clôture des Rencontres annuelles de l'INCa³. Nous serons donc fixés très rapidement.

Enveloppe et stratégie

Les délibérations des Conseils d'Administration sont confidentielles. Mais la nouvelle a filtré dans la presse. On peut donc s'autoriser un commentaire. Pour la deuxième fois le Conseil d'administration de la FHP-MCO⁴ a rejeté de

façon très nette l'idée d'une sous-enveloppe spécifique pour l'hospitalisation privée.

Il y a bien eu débat et on voit la tentation. Les parts de marché du privé ont tendance à baisser. On peut faire l'analyse que cela signifie plus que la simple remontée apparente du secteur public grâce à une meilleure codification PMSI⁵-T2A. L'effet rattrapage s'est très probablement estompé. Incontestablement, l'hôpital se réveille, la T2A⁶ y est pour beaucoup : être payé pour ce que l'on fait incite plus à travailler qu'être payé pour ce que l'on est. Les efforts des Tutelles en matière de contraintes différenciées, de tarification, de planification, d'autorisations, de recherche et d'innovation, souvent inégalitaires dans leur mise en œuvre, expliquent aussi une part de cette évolution. Sans doute avons-nous aussi une part de responsabilité et sommes-nous parfois moins bons que nous le devrions. Le fait de ne pas saisir l'opportunité de la chirurgie ambulatoire comme nous avons su le faire il y a 20 ans en est une illustration. Nous avons là un boulevard. Il est devenu un chemin plus étroit. Usure, découragement, dictature du court-termisme... Bref, certains d'entre nous pensent que ce mouvement de perte de part de marché est amené à durer.

Le raisonnement est alors simple. A 2-3 % d'augmentation de l'ONDAM⁷, la régulation prix-volume s'applique à tous. L'augmentation incompressible des volumes se traduit au mieux par des tarifs stagnants, probablement assez vite par des tarifs en régression. Une bonne part des gains de productivité ayant été faits dans le privé, les marges d'ajustement sont plus faibles que dans le public. Le public augmente ses volumes et ses parts de marché. Il est encore relativement bien mis à l'abri de l'impératif de productivité. Ces dernières années, il est à l'origine des dépassements de l'enveloppe. La stagnation et/ou la baisse des tarifs est due à ceux qui croissent en volume et en part de marché. On nous annonce la fin de la régulation par les MIGAC⁸. Le risque est donc d'autant plus fort sur nos tarifs. De façon simplifiée, voilà résumé l'argument dominant.

Un certain bon sens conduit alors à se dire que s'il y avait deux enveloppes, une pour le public, une pour le privé, les choses seraient changées. A enveloppe donnée, celui qui baisse de façon relative en volume peut presque imaginer une hausse de tarifs. La discipline n'est plus commune. Elle se fait par secteur : public, privé... personne officiellement n'est encore allé plus loin, mais cela pourrait s'imaginer.

La Ministre a entendu parler de ces raisonnements. Vous ne serez pas surpris de sa réaction officielle. On la trouve dans un courrier adressé à Jean-Loup Durousset le 13 novembre dernier. La presse spécialisée s'en est fait l'écho. Nous pouvons donc la reprendre. "[...] *je suis ouverte à l'étude de toute possibilité qui permettrait d'appliquer le plus justement possible les mesures de gel et de dégel au niveau réel de l'activité. L'hypothèse d'une dissociation de l'objectif des dépenses d'assurance maladie relatif aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO)⁹ entre secteurs public et privé, en construction et en gestion peut naturellement faire partie des sujets ouverts à la discussion dans le cadre du groupe de travail que j'installerai dans les tout*

prochains jours et auquel je souhaite que la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) apporte une réelle contribution."¹⁰ C'est prudent et très politique dans la forme. Mais mettons-nous deux secondes à sa place. Dans le contexte du Ministère qui est le nôtre, quel bonheur, quelle heureuse surprise, quelle rigolade au sein du Cabinet si d'aventure le Privé se mettait de lui-même dans cette situation inespérée ! Notre Ministre affirme déjà à temps et à contre temps que nous ne soignons pas les mêmes patients. Un Ministre Socialiste (du type de ceux qui ne confondent pas "Socialisme" et "Restauration" corporatiste, sans doute) a mis tous les établissements de santé sous la même loi. Plusieurs votes au Parlement ont décidé de la convergence des tarifs entre les secteurs. Notre Ministre a réussi à y mettre fin officiellement, contre toute logique, compte tenu de l'état du pays, mais c'est fait. Elle a consolidé le système mortifère pour nous des dépassements d'honoraires, en soulignant qu'ils nous étaient "naturels". Et voilà que les "privés" voudraient retrouver leur enveloppe ! Précipitons-nous ! La boucle serait bouclée. Non seulement on pourra continuer à dire qu'ils ne soignent pas les mêmes patients, mais on pourra dire qu'ils sont excellents, bourrés de qualité, mais qu'ils ne font pas partie du système : la preuve, la nation les paye sur enveloppe spécifique. Cela montre bien qu'elle les reconnaît comme utiles, mais à leur juste place, à côté du système, comme des supplétifs, certainement pas comme acteurs pleins et entiers du système, légitimes à l'intérieur même du système. Divine surprise qu'ils soient d'accord ! Certains d'entre eux veulent demander des garanties ? On pourra d'autant plus leur en donner qu'on sait qu'*in fine* elles ont peu de chance de résister juridiquement. Politiquement c'est tout gagnant, on va pouvoir officiellement les couvrir de louanges tout en les marginalisant toujours plus dans les faits : pourquoi ne pas le faire, ils font le boulot tout seuls !

Heureusement "ils" ne sont pas d'accord. Ils sont lucides sur l'exclusion que cela signifierait et renforcerait. Ils sont cohérents avec leur vocation d'entrepreneurs : on ne bâtit pas une entreprise (pardon, c'est comme ça que nous disons, nous) en pariant sur sa décroissance et en l'organisant sur un axe stratégique de retrait progressif ; on prend les mesures nécessaires pour assurer sa pérennité et son développement. Malgré l'inaction coupable des gouvernements successifs, "ils" sont encore majoritaires à considérer qu'ils ont un métier dont il faut organiser et assurer la pérennité sur le moyen-long terme, ils sont encore majoritaires à résister à la mode leur faisant croire que leur métier est maintenant de créer de la valeur en misant sur des stratégies privilégiant le court terme, bref à être des entrepreneurs et non des spéculateurs.

Il ne reste plus à la Ministre qu'à continuer à prendre conscience de la réalité des choses, de notre appartenance pleine et entière au système hospitalier et à en tirer petit à petit les conclusions qui s'imposent. Il ne reste plus à ses conseillers qu'à la convaincre que cela n'a rien à voir avec un quelconque abandon des idées de justice sociale et de solidarité, au contraire, cela lui permettra de les concrétiser en bâtissant le pays, en lui préparant un avenir cohérent avec ses valeurs fondatrices. Chez nous comme ailleurs, la période n'est pas à la guerre idéologique, elle est au rassemblement exigeant pour le redressement

du pays, à la productivité qui facilite la solidarité et non à la spéculation qui exclut.

Bien sûr nous avons simplifié. Bien sûr on pourrait être plus nuancé. Mais au total, cela ne changerait pas le fond. Le privé a pris des orientations importantes et cohérentes du point de vue de sa vocation d'entrepreneur au sein du service public de la santé. Ce qui vient de se passer est important et significatif. Cela ne rendra pas la vie plus facile à court terme. Les temps sont durs¹¹. Mais cela consolidera nos fondements stratégiques et nous permettra, si la Tutelle nous en laisse la possibilité, d'avoir de vrais projets médicaux d'entreprise.

Les réseaux : un sujet sérieux

La question des réseaux de santé a agité beaucoup de monde cette semaine. A juste raison. Il s'agit d'un sujet important et d'avenir. Mais, au Parlement, il est réduit à la seule question des réseaux mutualistes. Le texte peut apparaître, une fois de plus, comme un cadeau fait à des "amis". Les préventions à l'égard du texte proposé étaient donc nombreuses. Une bonne partie de la profession était contre. Des manifestations ont eu lieu, à l'initiative du Bloc, entre autres. C'est la quatrième fois que nos professions manifestent en trois semaines. C'est beaucoup pour des professions dont ce n'est pas l'habitude ! Concernant les réseaux, les slogans étaient durs. *"Les médecins vous soignent, les mutuelles vous saignent"*. A la question du Quotidien du Médecin - *"Que vous inspire la proposition de loi sur les réseaux de soins mutualistes ?"* - Michel Legmann, Président du Conseil National de l'Ordre, répond : *"C'est pire que tout. Je ne peux imaginer que la liberté de choix des patients soit remise en question. Je reconnais que la ministre de la Santé a eu un discours relativement précis en disant qu'elle était opposée à cette direction-là, sauf pour le dentaire et l'optique. Il faut s'opposer à ce projet de loi le plus vigoureusement possible"*.¹²

Il semble qu'une fois de plus on soit en pleine confusion.

On hésite entre problème technique et problème de fond touchant à la régulation et à la structuration de notre système de santé. Comme Étienne Caniard, Président de la Mutualité Française, le rappelle dans une interview à Libération¹³, il s'agit d'un vieux problème. Le dispositif existait depuis des années. Personne ne le contestait. Pour des raisons juridiques il est abrogé en 2010. La droite le reprend et le fait voter, par Jean-Pierre Fourcade. Le Conseil Constitutionnel abroge la nouvelle disposition pour une question de support juridique inadéquat. La gauche propose de le reprendre. Par ailleurs les Mutuelles soulignent qu'on leur refuse ce qui est admis pour les assurances. La gauche souligne, elle, qu'il s'agit d'une des promesses de François Hollande : légaliser les réseaux de soins mis en place par les Mutuelles. Il s'agirait donc seulement de rétablir les conditions de concurrence pour un secteur "ami" (sinon, il s'agit, nous le savons, d'une idée aussi horrible et irrecevable qu'incongrue...). On est donc loin de vœux d'une meilleure régulation du système demandée

par Etienne Caniard, sauf à aborder le sujet de fond, celui des réseaux de santé, de la prise en charge des épisodes ou des parcours de soins. Ce n'est pas le cas.

La contestation aboutit au vote d'amendements, en première lecture, par l'Assemblée Nationale, dans la nuit de mercredi à jeudi. Le texte voté garantit le "*droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé*". Mais le même article 2 est difficile à lire et à comprendre. Sans l'aide d'un juriste, il peut être lu de façon contradictoire sur le sujet des stipulations tarifaires relatives aux actes et aux prestations.¹⁴

Au niveau politique, Bernard Accoyer¹⁵ qualifie la proposition de loi de "*suspecte sur ses motifs réels et inquiétante sur ses conséquences*"¹⁶. Marisol Touraine rassure¹⁷¹⁸. Elle utilise pour cela un argument excellent mais qui surprend tant il est contradictoire avec ce qu'elle a prôné concernant les dépassements d'honoraires : la ministre a justifié l'exclusion des tarifs médicaux de ces conventions, qui "*ne sauraient relever de négociations individuelles*"¹⁹ ! Elle a rappelé que les tarifs des "*autres professionnels de santé*" ne pourraient pas être fixés dans le cadre des réseaux, car ils l'étaient dans leurs conventions nationales conclues avec l'assurance maladie. Mais, du coup, le CNPS²⁰ s'inquiète. "*L'exclusion des seuls honoraires médicaux de la contractualisation entre complémentaires santé et professionnels, introduit une discrimination inacceptable entre libéraux de santé, et suggère qu'il sera possible de faire pression sur les tarifs de certains d'entre eux*". Il réclame en conséquence l'exclusion des "*honoraires de tous les libéraux de santé conventionnés*". Le PC²¹ et le Front de Gauche rejoignent les médecins libéraux et les internes en suspectant la Ministre de faire un pas supplémentaire vers "*une privatisation rampante de la Sécurité Sociale*". Mais les Socialistes répondent qu'il ne s'agit que des secteurs peu couverts par la Sécurité Sociale : les soins optiques, dentaires et de prothèses auditives. Les centristes de l'UDI²², nouvellement formée, redoutent par la voix d'Arnaud Richard, "*l'ouverture d'une "boîte de Pandore" et la création d'un réseau parallèle sans garantie sur l'amélioration d'accès aux soins*"²³. Bernard Accoyer regrettait, lui, qu'il n'y ait pas eu d'étude d'impact (la procédure la prévoit pour les projets de loi, mais pas pour les propositions de loi).

Le sujet pris en charge était donc singulièrement réduit. Il a pourtant donné lieu à des empoignades sérieuses, à la mesure des suspicions qu'il suscitait. Mais il a aussi permis à l'Assemblée d'aborder un vrai sujet de fond : celui des liens et des conflits d'intérêts de nos élus. Ce fut rude et les insultes ont plu. Ce fut donc un peu triste dans la forme. Espérons que cela aura été utile sur le fond. Il faudra bien que cette question des conflits d'intérêts soit prise en charge par nos élus et par nos institutions aussi...

Confusion, cacophonie, réduction, mauvais niveau. La politique est un sujet difficile. La régulation du système de santé est un sujet difficile. Les réseaux de santé sont une nécessité pour la régulation du système concernant plusieurs pathologies, dont la nôtre. Comme le dit pudiquement Christian Saout au nom du CISS²⁴ : "*il n'y a pas eu en amont de dialogue partagé avec les réseaux*

*existants*²⁵. Le sujet reste entier. Une fois de plus on a fait petit bras, pour résoudre un problème ponctuel ou pour répondre à une promesse tout aussi ponctuelle. La question des réseaux de santé n'a pas été abordée. Il serait pourtant urgent de le faire.

Au cours de la discussion générale, la Ministre s'est déclarée favorable à l'idée de confier au Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) "*une réflexion sur les réseaux de soins*". On pourrait rester sur cet espoir. Hélas, elle précise aussitôt que cette réflexion pourrait déboucher sur des propositions "*visant à garantir l'accès à des soins de qualité et à diminuer le reste à charge dans le champ du dentaire et de l'optique*".²⁶

Les sénateurs ? Ils resteront sur le texte proposé et n'ont guère de chance d'aller plus loin.

La question posée par les Mutuelles offraient un boulevard pour aborder le sujet au fond. Une occasion a donc été manquée.

Les patients comme le système ou ses acteurs attendent mieux, beaucoup mieux !

Naissance d'un futur géant ?

Il faut le signaler. Cette semaine a été inauguré un nouvel IUC²⁷ - **Institut universitaire de cancérologie**. Il a quatre caractéristiques atypiques mais fondatrices. Il réunit des forces suffisantes pour compter demain avec les très grands. Il ne se fait contre personne, en particulier pas contre le privé qu'il propose même d'associer. C'est suffisamment rare pour être mentionné. Il ne consiste, pas d'abord, à construire des palais pharaoniques ou à verrouiller ses acteurs dans des structures pyramidales fermées. Il est construit sur une conviction : celle que la pluridisciplinarité est fondatrice à tous les niveaux de la lutte contre le cancer et que c'est donc elle qui doit fonder les organisations futures. Cela vaut attention. Cet IUC, sur ses fonts baptismaux, est à la fois rare et remarquable.

Il a été créé par l'**Université Pierre et Marie Curie** et la Faculté de médecine et réalisé en lien avec l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Il est composé de 475 personnes, 90 équipes de soins et de recherche (Pitié-Salpêtrière, Charles Foix, Saint-Antoine, Tenon, Armand Trousseau, Rothschild et l'hôpital des Quinze-Vingt). Il prendra en charge chaque année près de 24.000 patients atteints de cancer, dans tous les domaines de la cancérologie, à tous les âges, de la pédiatrie à la gériatrie. L'Institut se préoccupera "*autant de la formation des paramédicaux - la Faculté de médecine Pierre et Marie compte 4.000 élèves infirmier(ères) - que de celle des personnels médicaux et de la filière LMD*". Une école doctorale, dédiée à la cancérologie, est mise en place dès cette année. La recherche s'appuiera entre autres sur les composantes et les stations marines de l'université à Banyuls-sur-Mer, Roscoff et Villefranche-sur-Mer.

Le doyen Serge Uzan, directeur de l'IUC, présidait à la réception organisée à l'occasion de cette inauguration. Il développa dans son discours une vision axée sur la pluridisciplinarité comme source d'un projet médical brillant et qu'on savait bâti sur quelques convictions fondatrices. La fête a été un peu gâchée par les discours suivants. Notre élite, telle qu'elle était représentée, à haut niveau, faisait pâle figure et même si les discours en pareilles circonstances sont, par nature, un peu compassés et convenus, on la sentait si éloignée de l'intelligence du projet, parfois si étroite dans ses réflexions, qu'elle suscitait un léger malaise. Le décalage était troublant. Mais, pour conclure cette rapide évocation, restons plutôt sur le sentiment contraire qui en découlait : les professionnels qui portent ce projet avec le Doyen Uzan étaient ce soir-là l'honneur de la profession et source de confiance dans nos capacités collectives à affronter la complexité croissante des cancers, à bâtir l'avenir de la cancérologie. Merci à eux. Longue vie et fécondité à ce nouvel IUC !

Essais cliniques et délits d'initiés

Un article du Financial Times s'arrête sur un aspect nouveau de la relation médecins - laboratoires - institutions²⁸.

L'article part du cas d'un médecin français qui, aux **Etats-Unis**, vient d'être condamné à trois ans de liberté surveillée et à verser 6 millions de dollars, pour délit d'initié. Il avait fait part d'informations concernant un essai clinique auquel il participait.

Il ne semble pas que nous ayons eu ce genre de cas en France.

Nous nageons dans nos problèmes de conflits d'intérêts et la confusion entre liens d'intérêts et conflits d'intérêts fait que nous avons de plus en plus de mal à trouver des "experts". Cet article nous signale un nouveau danger. D'après l'article il est dû au "*nouvel appétit des investisseurs pour les avis experts*". "*Les gestionnaires de fonds et les commerçants ont fini par dominer*" et s'ajoute aussi maintenant la pression des assureurs et des gouvernements compte tenu de l'incertitude concernant le développement des médicaments. Les accords de confidentialité qui lient les médecins et chercheurs extérieurs qui supervisent les essais des compagnies pharmaceutiques devraient être suffisants pour empêcher toute fuite de données sensibles sur le marché. Il semble que ce ne soit pas le cas. Après les experts auprès des institutions, les médecins désirant participer aux essais cliniques se raréfieraient à leur tour. L'article prend même l'exemple du cancer pour souligner les effets délétères de la " *Crainte d'être accusés d'accès aux données sensibles*". Pourtant, comme le souligne l'article, il y a bien des moyens pour avoir des informations sur ce qui se prépare. Nombreux sont ceux qui "*peuvent être en mesure de comprendre si un nouveau médicament fonctionne bien avant que les données soient rendues publiques*". La simple participation à nos congrès médicaux permet d'apprendre beaucoup de choses ou alors on risque de les vider d'une grande partie de leur intérêt...

Il est bien évident que la confidentialité est due. Pour autant tout le monde a intérêt à préparer l'avenir et à anticiper sur ce qui marche ou ne marche pas. Mais passer par la justice et des condamnations lourdes qui dissuadent de la participation aux essais, nous n'avons pas besoin de ça. Conflits d'intérêts, délits d'initiés..., les relations avec les laboratoires vont encore devoir évoluer. Cet article nous alerte sur un nouveau sujet à surveiller.

¹ Cf. : <http://www.rcfr.eu/>

² Communiqué de la Présidence de la République - 28 novembre 2012.
Cf. : <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/communiqués-de-presse/2012/communiqué-entretien-avec-les-associations-et-14378.html>

Nous le reproduisons ici intégralement :

"Entretien avec les associations et les professionnels sur le thème du cancer

Le Président de la République a reçu des représentants d'associations ainsi que des médecins et chercheurs en cancérologie à quelques jours des Journées Annuelles du Cancer auxquelles il participera : le Professeur Agnès Buzyn, Présidente de l'INCA ; le Professeur Jacqueline Godet, Présidente de la Ligue Nationale contre le cancer ; Monsieur Jacques Raynaud, Président de la Fondation ARC de recherche contre le cancer ; les Professeurs Frédérique Penault-Llorca et Laurent Degos, le Docteur Jean-Loup Durousset, les Professeurs Alexandre Eggermont, Thierry Philip, Josy Reiffers et Serge Uzan.

L'entretien a porté sur les progrès thérapeutiques et l'innovation, la recherche, la médecine personnalisée, la détection et la prévention d'une maladie qui concerne 5 millions de familles.

Le Président de la République a mis l'accent sur l'importance de l'égalité d'accès aux soins innovants et sur les conséquences des progrès de la médecine qui permettent la guérison des cancers dans près de 45% des cas.

Le Président de la République a indiqué aussi l'importance qu'il attache à ce que tout soit facilité pour que celles et ceux qui ont vaincu la maladie reprennent leur vie sociale et professionnelle et que cessent l'isolement et la précarisation."

³ Le mardi 4 décembre 2012 à 17h à la Cité Universitaire - 17 boulevard Jourdan - Paris 75014

Ces Rencontres seront diffusées en direct sur le site internet de l'Institut national du cancer : <http://www.e-cancer.fr/>.

⁴ FHP-MCO : Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)

⁵ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁶ T2A : Tarification à l'activité

⁷ ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

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

⁹ ODMCO : Objectif de dépense de médecine et de chirurgie obstétrique

¹⁰ Lettre de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé à Jean-Loup Durousset, Président de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée) - Lettre datée du 13 novembre 2012. Le paragraphe concerné est cité en entier.

En chapeau de sa lettre, la Ministre se plaçait bien dans une perspective stratégique : *"Suite à notre entretien du mardi 30 octobre dernier et en réponse à votre lettre du 12 novembre 2012, je souhaite vous préciser certains éléments concernant la stratégie que je souhaite mettre en œuvre en termes de financement de l'activité hospitalière et d'organisation territoriale des soins."*

¹¹ C'est indubitable, même si ce que vivent beaucoup d'autres l'est encore beaucoup plus. Cette semaine, en France, nous avons eu, entre autres, l'annonce de 45.400 chômeurs sup-

- plémentaires inscrits en octobre, et d'un recul catastrophique du marché des automobiles...
 "Le marché français des voitures particulières neuves a reculé de 19,2 % en données brutes et de 23 % à nombre de jours ouvrables comparable (21 jours, contre 20 en novembre 2011). Sur onze mois, les immatriculations se sont établies à 1 738 538 unités, en baisse de 13,8 % en données brutes (- 14,5 % à nombre de jours ouvrables comparable ; 233 jours en 2012, contre 231 de janvier à novembre 2011). Cf. <http://www.cdfa.fr/Le-marche-francais-des-voitures.116281>
- Mais chez nous aussi les signaux d'alarme sont allumés. La presse s'est fait l'écho cette semaine du fait qu'il y avait une *"Baisse du nombre de cliniques MCO en déficit pour l'exercice 2011"* (APM du 29 novembre) Mais il faut aussi lire qu'*"après une hausse annuelle de 10 % des investissements entre 2007 et 2010, les montants des investissements des cliniques n'ont pas évolué entre 2010 et 2011, tandis que la part de la dotation aux amortissements est en chute de 0,6 % en une année"*. Inutile d'insister ici sur la gravité de ce type de constat. Le Figaro titre *"72 % des établissements ne peuvent plus investir et 35 % sont en pertes"*. (Armelle Bohineust - *Les cliniques privées en difficulté* - Le Figaro du 30-11-2012
- ¹² Michel Legmann - *Avenant 8, réseaux de soins, honoraires - Le coup de sang de l'Ordre* - Propos recueillis par Henri de Saint Romain - Le Quotidien du Médecin du 03/12/2012
- ¹³ Etienne Caniard - *« Construire un parcours de soins plus cohérent »* - Propos recueillis par Eric Favereau - Libération du 28-11-2012
- ¹⁴ Cf. le texte de la proposition de loi votée par l'Assemblée en première lecture : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0051.asp>
- ¹⁵ UMP, ancien Président de l'Assemblée nationale
- ¹⁶ *Faut-il mieux rembourser les réseaux de soins des mutuelles ?* - Challenges - 29-11-2012
- ¹⁷ Pour elle : le texte adopté par les députés à la suite de la commission correspond au souhait de la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, d'absence de *"remboursements différenciés"* au sein des réseaux de soins, et répond aux craintes exprimées par les libéraux d'une menace sur le libre choix des professionnels de santé par les patients .
 Cf. : APM - *Les députés adoptent la proposition de loi remaniée sur les réseaux de soins des mutuelles* - vg/ab/APM polsan - VGPKT001 29/11/2012 13:45 ACTU
- ¹⁸ Les réseaux de soins bénéficieront d'un « encadrement », soulignent les députés : *« le niveau des tarifs pratiqués par les médecins pour les actes et prestations »* ne relèvera pas des négociations avec les mutuelles ; le *« libre choix du patient »* sera *« réaffirmé »* ; un rapport sera adressé tous les ans pendant trois ans au Parlement à compter du 30 juin 2013.
 A. B.-I. et Ch. G. - Réseaux mutualistes : le groupe socialiste défend son vote, les libéraux de santé le condamnent - Le Quotidien du Médecin du 30/11/2012
- ¹⁹ Cf. la dépêche APM - *Les députés adoptent la proposition de loi remaniée sur les réseaux de soins des mutuelles* - déjà citée
- ²⁰ CNPS : Centre national des professions de santé
- ²¹ PC : Parti Communiste Français
- ²² UDI : Union des Démocrates et Indépendants
- ²³ *Faut-il mieux rembourser les réseaux de soins des mutuelles ?* - Challenges - 29-11-2012
- ²⁴ CISS : Comité interassociatif des usagers du système de santé
- ²⁵ Guillaume Guichard - *Les députés limitent le recours aux réseaux de soins* - Le Figaro du 29-11-2012
- ²⁶ APM - *Echanges houleux lors de l'examen de la proposition de loi sur les réseaux de soins des mutuelles* - vg/ab/APM polsan - VGPKT002 29/11/2012 13:56 ACTU
- ²⁷ Création de l'Institut Universitaire de Cancérologie (IUC) - Plaquette de présentation et communiqué de presse sur le site de l'Université Pierre et Marie Curie (UPMC) : http://www.upmc.fr/fr/recherche/actualites_de_la_recherche/en_direct_des_laboratoires/actualite_pole_vie_sante/creation_de_l_institut_universitaire_de_cancerologie_iuc.html
- ²⁸ Andrew Jack (in London) - *Doctors tread warily over insider trading* - Financial Times November 23, 2012 - <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/48c6a454-3593-11e2-bf64-00144feabdc0.html#axzz2DhFxFxj>

De l'objectivité pour de l'efficace

- ✦ Le troisième Plan Cancer Présidentiel est officialisé
- ✦ Un débat chez les socialistes ?
- ✦ L'avenir de la T2A
- ✦ Faire face à des comportements hostiles
- ✦ Premières données factuelles sur la fin de vie en France

***"Le public et le privé
sont engagés dans
un combat commun"***

***"L'Etat est tenu
de respecter
tous les acteurs"...***

Date de parution : lundi 10 décembre 2012

Mots types : F. Hollande - J. P. Grünfeld - INCa - J. P. Vernant - J. L. Touraine - Parti Socialiste - Cliniques privées - T2A - F. Faucon - Ostracisme à l'égard du privé - Fin de vie - INED - ONFV

Le Président Hollande l'a annoncé. Nous aurons un **troisième Plan Cancer Présidentiel**. Ce n'était pas évident. De nombreux conseillers pensaient qu'il fallait revoir ces dispositifs de grands Plans de santé publique et qu'il fallait trouver des moyens d'action un peu différents. D'un autre côté, le candidat François Hollande s'y était engagé. la question a été tranchée. Il y aura bien un nouveau Plan. Comme pour les précédents c'est à la fois une chance et une responsabilité importante pour toutes nos professions.

Le **congrès de la FHP** cette semaine à Lyon a permis aux acteurs hospitaliers du secteur privé de faire le point et de prendre le pouls de la profession. Pessimisme, incompréhension, sentiment de révolte, multiplication des exemples d'injustice, d'abus de position dominante, de décisions discrétionnaires... L'ambiance n'était pas au beau, car au-delà

tout le monde avait le sentiment que cela ne permettait en rien de résoudre les problèmes du pays, mais au contraire, souvent, que cela participait à leur approfondissement. Pour cette chronique, parmi des exposés souvent riches, nous retiendrons celui du Pr Jean-Louis Touraine et celui de M. Félix Faucon. En complément nous proposerons quelques réflexions sur les orientations stratégiques que ce **climat d'hostilité**, d'ostracisme¹ peut susciter pour garder la tête hors de l'eau.

Nous nous arrêterons aussi un peu, pour finir cette chronique, sur **l'étude de l'INED sur la fin de vie en France**, étude aussi attendue qu'importante. Enfin des données objectives et factuelles sur les conditions de la fin de vie en France. Il était temps. Il est aussi grand temps de s'en emparer pour nourrir et objectiver nos débats sur l'euthanasie.

Vers un nouveau Plan Cancer Présidentiel

Le Président s'y est engagé. Nous aurons donc un troisième Plan Cancer Présidentiel. C'est une des informations importantes de la semaine.

Comme prévu, François Hollande a prononcé son discours d'annonce en fin de colloque INCa sur les inégalités. Ce colloque fut de bonne qualité et on note qu'on commence à avoir quelques données. L'INCa n'a pas hésité à faire intervenir plusieurs personnalités anglaises, reconnaissant par là l'avance que les Anglais ont sur nous dans ces domaines. Notons une fois encore tout ce que nous devons au Pr Grünfeld. C'est lui qui a sorti le sujet, et c'est un bon et important sujet. Il était un peu déçu qu'on ne soit pas allé plus loin durant le dernier Plan. Il a raison mais souvenons-nous d'où nous venons. Les plus grands responsables de la profession osaient dire il y a quelques années que la source des inégalités face au cancer venait de la prise en charge initiale, selon qu'elle se faisait en établissement privé ou en établissement public. Même dans le climat étrange que nous connaissons et sur lequel nous reviendrons dans cette chronique, plus personne n'ose proférer de telles inepties. Souvenons-nous de la "victoire" qu'avait été pour nous le fait que le Président Chirac ait dit dans un de ses discours qu'il "*avait découvert qu'on pouvait être bien soigné même dans les petits établissements*". On a fait des progrès depuis et grâce au rapport Grünfeld. On commence à disposer de quelques études sérieuses. Ce colloque en a fait état. Nous diffuserons la documentation dès qu'elle sera disponible. On va donc pouvoir commencer à agir plus sérieusement. Bien sûr le Président Hollande fait de cet axe de la réduction des inégalités un des actes fondamentaux de son Plan. Il y a beaucoup de bon travail à faire. La crise le rend plus urgent encore.

Concernant le nouveau Plan, on n'en est encore qu'aux annonces. Depuis nos dernières chroniques, les choses se sont pourtant éclaircies.

Après ce discours², quels sont **les acquis** ?

- au niveau de nos professions, tout le monde se réjouit d'avoir un nouveau Plan Cancer³ ;
- ce troisième Plan Cancer Présidentiel couvrira les années 2014-2018 ;
- il comportera cinq priorités : la prévention, la recherche, la prise en charge, la formation et la "continuité de la vie" ;
- l'INCa qui était en grand péril est maintenant consolidé. Il reste cependant à mesurer l'impact des décisions qui seront prises à la suite des missions IGAS et IGF en cours sur l'organisation du système ;
- le Pr. Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie à l'Université Pierre-et-Marie-Curie est chargé de coordonner la préparation du Plan ;
- le Plan sera piloté par les deux ministères concernés, le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère de la Recherche ;
- la mise en œuvre du Plan sera assurée par l'INCa.

A ce stade **quelques grandes questions demeurent**. Il faudra donc les suivre et apporter des éléments devant être pris en compte. Citons par exemple :

- la question du financement qui n'a pas été évoquée ;
- la question de l'articulation avec la Sécurité Sociale ne l'a pas été non plus. Elle est pourtant fondamentale pour nos professions et donc pour un patient sur deux en soins, la très grosse majorité des patients dépistés, 2/3 des diagnostics anatomo-cyto-pathologiques ! Un détail ! ;
- la question de la mise sur pied d'un dispositif de préparation du Plan. Le premier était issu des professionnels, comme cela avait été le cas du Plan Jospin. Le second d'une personnalité très encadrée par la DGS. Qu'en sera-t-il du troisième Plan Présidentiel ? Dans le climat actuel, il est particulièrement important que les caractéristiques organisationnelles de notre secteur soient prises en considération. Le fait qu'UNICANCER, qui n'a en général pas de soucis à se faire pour la prise en compte de ses orientations, fasse la même demande que nous veut sans doute dire que rien n'est encore définitivement arrêté ;
- dans les propositions que contient le discours un certain nombre doivent être au minimum approfondies ou clarifiées. Il en est ainsi des "*passerelles*" entre spécialités. Des bruits courent qui sont inquiétants car ils satisfont les tentations de déqualification de certaines de nos professions, celle des oncologues médicaux ou celle des pathologistes par exemple.

Un nouveau et grand chantier s'ouvre donc dans la lutte contre le cancer. Disons-le, nous avons de la chance. A nous tous d'être à la hauteur. Les difficultés de financement que nous rencontrerons pour ce nouveau Plan seront, espérons-le, l'occasion de reconstituer notre capacité de concertation et de proposition collective. D'un mal nous pouvons faire un bien. Les enjeux de pouvoirs resteront forts. Il se peut que les enjeux de captation des financements publics soient moins importants. Sachons en faire une force pour nous unir à nouveau dans ce bon et utile combat contre une maladie qui continue à faire des ravages.

Un débat chez les socialistes ?

Le Congrès de la FHP ce jeudi 6 décembre, a été ouvert entre autres par le député et premier adjoint de Lyon, le **Pr Jean-Louis Touraine**⁴. Le moins qu'on puisse dire c'est que son discours nous a surpris. Le Pr Jean-Louis Touraine s'est porté candidat à la présidence de la FHF. Jusqu'à maintenant il ne nous a pas habitués à des déclarations fracassantes. Ce jeudi, compte tenu du contexte, on peut dire que c'était le cas. Qu'on en juge par ces quelques citations :

- Jean-Louis Touraine a fait un long plaidoyer pour "*les systèmes combinés public privé*" : "*les pays qui n'en ont pas ont souffert de la constitution de rentes*".
- "*Le public et le privé sont engagés dans un combat commun*". "*Par contre il peut y avoir différentes missions, des différences dans les conditions de travail...*"
- "*Il faut promouvoir le dialogue entre les deux secteurs, les efforts qui sont faits pour travailler ensemble, la mobilisation commune sur des plateaux techniques partagés*"
- "*Compte tenu de l'état des finances du pays il nous faut de l'efficacité. Nous ne l'obtiendrons que si nous y travaillons tous ensemble*"
- "*La FHP doit être reconnue, entendue*".

Hélas la presse spécialisée n'a pas repris ce discours. C'était pourtant un discours important. Sur tous les points abordés on était assez stupéfaits d'entendre J. L. Touraine affirmer presque à chaque phrase le contraire de ce que dit notre Ministre à chaque occasion.

Y aurait-il débat entre socialistes sur l'interprétation de la réalité hospitalière et sur le système de santé ? Y aurait-il débat sur la nature du service public et de l'intérêt général ? Y aurait-il, entre eux, débat sur la place du privé dans le système hospitalier ? Si c'est le cas, comment ne pas s'en réjouir ? Comment ne pas y trouver motif d'espérance ? Car, si c'est le cas, comment ne pas penser qu'on y gagnerait tous en objectivité et en efficacité pour le système ?

L'avenir de la T2A

La Ministre n'est finalement pas venue à ce Congrès de la FHP⁵, ce qui a profondément déçu les participants. La presse s'en est fait l'écho⁶.

Le lendemain, pour le Congrès de la FHP-MCO⁷, plusieurs représentants de la DGOS⁸ étaient là, ce qui a été très apprécié. Le discours de Félix Faucon était donc très attendu.

Très attendu mais pas facile du tout. Parfois, pour un fonctionnaire, prendre la parole en public, ce n'est pas facile. Lorsqu'on est face à un public a priori hostile, reconnaissons-le, et qu'on doit exposer et défendre une politique très hostile à ce même public, c'est même particulièrement difficile. Il faut beau-

coup de courage au fonctionnaire. Il lui faut aussi beaucoup d'assurance apparente. C'était le cas pour Félix Faucon jeudi. Heureusement pour lui, le public n'était pas méchant, mais un peu compatissant compte tenu des circonstances, admiratif devant le cran de l'orateur, attentif et poli. M. F. Faucon a été applaudi.

Pourtant son exercice ressemblait à un exercice de contorsionniste. Il l'a fait avec beaucoup de calme et sans agressivité. Le seul sujet qu'il a fui est celui du CICE⁹ : pour ne pas se prononcer, il a prétexté, ce qui était vrai, que les arbitrages finaux n'étaient pas faits et que le dossier n'était pas traité au Ministère de la Santé, ce qui est vrai. Pour le reste, on admirait la prestation tout en compatissant presque sur chaque diapositive. Défense du futur "*Comité de concertation pour la réforme de la T2A*". Transparence, réduction de la complexité, réduction de l'instabilité, prise en compte des maladies chroniques, de l'articulation ville hôpital, vision à 5 ans, présence de personnalités qualifiées porteuses de "*visions novatrices*"... qui ne souscrirait ? ! Parfois, c'était presque "trop" : par exemple lorsqu'il nous a affirmé que la Ministre demande que la T2A soit réformée "*afin de s'intégrer dans une vision du financement partant des besoins des patients (parcours de soins) et non des structures*". Quoi que ? Si un miracle se produisait... Le nouveau Comité sera installé ce 12 décembre et, finalement, il sera présidé par le directeur de la DGOS. Les "Comités", nous en avons eu de 1983 à 2005 pour presque rien sauf d'interminables expérimentations prétextes à l'immobilisme. La T2A est sortie le jour où on a décidé de passer en phase opérationnelle, enfin, et où on a nommé un responsable au lieu d'un Comité. Essayons quand même puisque c'est ce qu'on nous propose. La composition de ce comité nous donnera une première indication sur sa capacité.

Concernant la T2A, F. Faucon se veut rassurant, rappelle que le rapport de la MECSS¹⁰ "*ne remet pas en cause le principe de la T2A dont les atouts sont indéniabiles*". Mais il rappelle aussi que les rapports IGAS¹¹ et IGF¹² "*appellent à une application plus conforme aux principes fondateurs de la T2A*". Il énonce ensuite de grands principes très consensuels : qualité, équité, transparence, meilleure prise en compte des charges liées aux missions de service public qu'il faut ne pas "*surcompenser*", assurer un financement "*soutenable*" des investissements. Il demande un "*pilotage fin et impartial*" du financement. Il relève que différents grands objectifs coexistent et qu'à ces objectifs correspondent des leviers différents. Il dit même du bien des plaintes déposées par l'UNCPSY¹³ et la FHP-MCO auprès de la Commission Européenne contre l'Etat français : elles sont, au Ministère, facteur de progrès. Il cite même le recours en 2008 contre l'arrêté de notification des dotations MERRI¹⁴ au GHICL¹⁵ qui a abouti à une annulation de l'arrêté par le tribunal de Nancy pour "*discrimination infondée*", la différence de traitement entre les CHU¹⁶ et les CLCC¹⁷ ayant été jugé "*disproportionnée*" par le juge. Il rajoute d'autres exemples pour bien montrer la grande influence de l'Europe pour moins de discriminations, plus d'équité et de transparence. D'où la multiplication des "*guides*" qui sont autant de garde-fous¹⁸. Il rappelle que l'Etat est "*tenu de respecter tous les acteurs*". Il reconnaît l'effort pour s'adapter à l'ONDAM¹⁹. Il

parle beaucoup d'égalité²⁰. Dans un autre monde on trouverait tout cela presque parfait. On s'attendrait à parler des modalités de passage de ces grands principes à la réalité. Hélas, hélas, comment y croire alors que nous faisons tous les jours l'objet de tant d'injustices, de manquement à l'égalité de traitement, de dénonciations, de suspicions permanentes.

Mais il y a aussi quelques passages surprenants ou curieux. Ainsi lorsqu'on nous annonce "*une aide à l'investissement par abondement en capital*". Ainsi lorsqu'on nous dit "*vouloir accompagner les baisses d'activité lorsqu'elles ne paraissent pas pertinentes*".

Sur une question relative à la chirurgie ambulatoire, F. Faucon a curieusement répondu que "*toutes les politiques incitatives avaient été mises en place*" et que le bilan serait tiré pour voir celles qui marchent. Curieux car ce "tout" était destiné à ne pas essayer celle qui marche partout le mieux : le tarif identique (chirurgie ambulatoire - chirurgie en hospitalisation traditionnelle). Curieux car tout tenter sans l'explicitier c'est s'assurer que personne ne comprend. Curieux car, si "tout" est tenté au même moment, comment ensuite distinguer ce qui a marché de ce qui n'a pas marché. Tout ça pour atteindre, a-t-il rappelé, l'objectif de 50 %... qui est en fait l'exacte prolongation des tendances longues et lentes qu'il s'agissait, en principe, d'incurver !...

Plus grave, les nombreuses considérations sur la réforme annoncée de la T2A. On se croirait revenu au début des années cinquante. On est sur le mythe du juste coût révélé par la comptabilité analytique. Tout le monde en est déjà revenu pour une seule entreprise, à la fin des années cinquante, mais jamais personne n'y a cru, nulle part, pour un ensemble de plusieurs centaines d'entreprises hétérogènes ! On est ici en pleine croyance irrationnelle. Mais on s'active quand même. Chez nous, hospitaliers, en 2012, apparemment on y croit. Il suffirait de "*renforcer les données sur lesquelles se base la construction des tarifs, donc renforcer la robustesse de la mesure des coûts, éclaircir le périmètre et la nature des charges financières financées par tarif*"..." D'ailleurs "*la stricte application des principes communautaires et les conséquences de la suppression de la convergence intersectorielle imposent de démontrer la juste adéquation entre les tarifs et les coûts des activités qu'ils financent : pas de surcompensation de ces charges par les tarifs ; pas de double financement (tarifs + MIG²¹) entraînant une surcompensation*". Les intentions sont peut être louables, mais les outils proposés, c'est sur, sont contradictoires. On voudrait donner une prime à ceux qui démontrent une hausse de leurs coûts, on ne s'y prendrait pas autrement. D'un point de vue micro, il faudra gérer au plus fin. D'un point de vue macro, quel bel incitatif à la hausse des coûts on nous prépare ! On veut nous, se, rassurer en disant vouloir "*diversifier les études de coût*". Dans une perspective de "*neutralité tarifaire*" - le concept est en lui-même un paradoxe - , "*il est nécessaire d'élargir la mesure des coûts à des approches plus prospectives, fondées sur l'élaboration de coûts standards à partir d'établissements reconnus comme ayant une organisation efficiente*". Là on nage en plein mythe. On repart pour un tour sur le débat "approche par les prix, approche par les coûts" que nous avons eu au début des années qua-

tre-vingt-dix ! A moins qu'il ait déjà été tranché en faveur de l'approche par les coûts dont on devrait savoir qu'elle est tout sauf efficiente, pour le système, pour les établissements !

En plus, comme si cela ne suffisait pas, on veut charger le tout d'une incitation au financement par la qualité, d'une "*réflexion*" sur le parcours de soins (ah ?, on n'en serait donc qu'au stade de la "*réflexion*" ?), d'aides nationales ciblées à l'investissement essentiellement en capital, d'une progression vers une neutralité progressive des tarifs et d'un basculement du gel des MIGAC²² vers un coefficient prudentiel. Diable ! Vaste chantier.

Sur le fond on est très surpris de cette volonté d'une "*neutralité financière*". En dehors de l'irréalisme de tout ce qui est proposé, on est surpris de cet abandon de toute volonté d'action de l'Etat. A moins que ce soit le signe d'une certaine victoire au sein de la DGOS des "planificateurs" qui eux, pensent sans doute pouvoir traduire les intentions de l'Etat dans la réalité, à coup d'injonctions, à côté de tarifs réputés "*neutres*" ?

Arrêtons-nous là. Nous savons déjà où l'on va : nulle part. A moins de changer de cap, rapidement et, pour une fois, de tirer enseignement de l'expérience de tous les autres Ministères techniques concernant les outils tarifaires et l'action de l'Etat sur les secteurs productifs. Ces Ministères sont autrement plus mûrs que nous sur ces sujets d'optimisation, d'incitation et d'efficience des dépenses et des actions publiques sur les secteurs productifs. Faut-il rappeler que si la France a rattrapé en quelques années son retard en matière de téléphonie, dans les années soixante-dix, c'est justement parce que l'Etat est passé brutalement d'une approche par les coûts à une approche par les prix ?

La Ministre met en place son dispositif mercredi prochain 12 décembre. Nous y verrons alors plus clair.

Comportements hostiles

L'actualité est difficile. Nous le constatons tous les jours. Souvent hélas, dans le public comme dans le privé, mais plus encore dans le privé, au lieu de nous aider, les Tutelles accroissent nos difficultés. Mais restons sur le secteur privé. Les actions hostiles à notre encontre se multiplient. Il ne s'agit pas d'un "sentiment", mais d'une accumulation de faits précis qui viennent corroborer les discours discriminants à notre égard. Pour comprendre ce qui nous arrive, il ne suffit pas d'invoquer l'idéologie. Il y a des idéologies qui peuvent se mettre au service de l'intérêt général. Qu'on les approuve ou pas, on est alors en face d'une conception de l'intérêt général et du service public qui se tient, qui cherche à être cohérente avec la réalité, qui se développe selon une logique. Si on n'est pas d'accord, on peut s'y opposer car on a prise sur une logique. On est loin alors des phénomènes de "*restauration*", du corporatisme, du conservatisme, du favoritisme ambiants car ces derniers ne sont liés qu'à un statut qu'on veut privilégier. C'est pourtant la réalité de la période que nous vivons

et, en conséquence, il nous faut trouver les comportements et les stratégies adéquats.

Notre attitude collective doit s'adapter à ce nouvel environnement. Affronter une exigence, nous y sommes formés. Affronter une hostilité, beaucoup moins.

Nous concernant, dans la période qui s'ouvre, cela veut dire que nous allons beaucoup subir.

Comme par le passé, il y a là aussi une grande continuité, rien ne sera fait pour guérir nos maladies : elles seront instrumentalisées contre nous. On l'a vu avec les dépassements d'honoraires. Rien ne sera fait pour nous aider à faire face à l'action des fonds purement spéculatifs car ils seront considérés comme faisant partie de notre "nature". Rien ne sera fait pour réformer le K15 de nos oncologues médicaux et ses effets pervers, car une fois de plus ces effets pervers seront considérés comme consubstantiels à notre nature et non comme le fruit d'un mauvais système d'allocation...

On nous infligera des dénis de réalité. Par exemple, les internes qui vont dans le libéral et qui ne vont pas à l'hôpital justifient la mise en place de politiques incitatives les poussant à choisir l'hôpital qu'ils choisissent déjà à 90 % !

L'anatomopathologie est depuis longtemps l'objet de distorsions effarantes.

Certaines régions commencent à nationaliser le dépistage organisé du cancer.

Les "*filières*" captatrices et hiérarchiques, les discriminations ou autres fermetures se multiplieront sous prétexte de lutter contre les "doublons".

Les affaires du type Paray-le-Monial ou celle du retrait d'autorisation de rythmologie interventionnelle de la clinique du Colombier à Limoges²³ ou celle du CICE, ou celle de la cardiologie interventionnelle à la Clinique de l'Union, ou celle de la chirurgie gynécologique du cancer à la Clinique des Cèdres à Toulouse, ou d'autres encore, à Rouen ou ailleurs, sans compter le traitement souvent inique des PDSES²⁴, on n'en finirait pas d'énumérer les cas troublants ou les cas choquants sans compter les pressions multiples et nombreuses, les pseudos "coopérations" imposées qui vont toujours dans le même sens... favoriser l'hôpital quel qu'en soit le coût pour la nation.

En plus, la culture dominante ne nous est pas favorable. Non seulement elle est très "hospitalière" au sens restreint et réducteur "d'hospitalisation publique", mais elle ressort aussi de spécificités culturelles très françaises. Les autorités représentant l'Etat sont, par nature, indépendantes. Soit. Mais leur conception de l'indépendance est proche de celle de la "liberté" qui caractérise depuis longtemps les Français et qu'a si bien décrite le sociologue Philippe D'Iribane²⁵. L'image d'une liberté "*irrégulière et intermittente [...], toujours liée à l'idée d'exception et de privilège*" par opposition à la tradition culturelle anglaise de la protection par la loi et de l'égalité devant la loi ou de la tradition culturelle allemande de la liberté en tant que "*membre d'une communauté de pairs prêts à se soumettre à ce que tous ont décidé de conserver*" avec une égalité conçue comme "*une égale participation aux décisions communes*".

Les actions d'injustice et de discrimination ouvertes, les "régulations", spécifiques selon les statuts, vont donc se multiplier comme jamais. Parfois, lorsque

c'est possible, le calme, la sérénité, la solidité au travers de l'adversité la plus improbable, peut déboucher sur un compromis boiteux mais acceptable. Souvenons-nous l'affaire de la radiothérapie de Boulogne sur Mer. Le plus souvent, face à de telles situations, il n'y a qu'une solution, lorsqu'elle est possible : le recours contentieux, l'appel au droit.

Mais il y aura des exceptions car il y aura toujours aussi d'honnêtes gens courageux, lucides et compétents dans l'administration. A condition d'être discrets il y aura toujours quelques miettes à ramasser à la table des grands, en particulier lorsqu'elles seront bien garnies en termes de subventions. Ce ne seront que des miettes financières, réglementaires ou comportementales, mais parfois les miettes aident à vivre.

Il faudra informer ces fonctionnaires ayant le sens de l'intérêt général sur la réalité du terrain, travailler discrètement avec eux, leur faire des propositions constructives, techniques, concrètes, facilement applicables et porteuses d'effets bénéfiques. Parfois, elles seront détournées comme cela a été le cas lors de la création des GCS²⁶ devenus outils d'aspiration en lieu et place des outils de coopération recherchés et dont nous manquons toujours cruellement. Parfois, elles nous seront empruntées comme cela a été le cas pour la réforme des GHM-GHS²⁷ en radiothérapie, prévue pour tous mais qui ne bénéficie qu'aux hôpitaux et aux CLCC. Mais, un jour, peut-être, elles nous seront appliquées à nous aussi... On nous les imposera alors de façon autoritaire et moralisatrice en oubliant que c'est nous qui les avons conçues et proposées. La plupart des fonctionnaires de la santé connaissent mal notre secteur et ses spécificités. Il faut leur faire connaître, discrètement mais constamment, pour leur montrer les conditions dans lesquelles de bonnes propositions peuvent devenir opérationnelles chez nous comme dans l'ensemble du système.

Il faut systématiquement prendre au mot les discours sur les valeurs en les traduisant en principes d'organisation. Par exemple, la Ministre déclare sans cesse vouloir plus de transparence. Chiche ! Continuons donc, à demander la publication systématique des montants de chaque subvention par établissements, par régions et par statuts, le PMSI²⁸ étendu à toute la radiothérapie... Un jour peut-être ?...

En interne préparons-nous à tout ce qui peut être source de productivité : chirurgie ambulatoire, organisation du parcours de soins, prise en charge globale, réseaux avec la ville... Lorsque c'est possible dans nos comptes, n'hésitons pas à le faire même à perte, c'est un investissement pour l'avenir. Rappelons-nous que c'est ainsi que les pionniers de la chirurgie ambulatoire ont commencé, beaucoup d'autres aussi. Un jour viendra où les discours sur les relations ville hôpital, les paiements au forfait se traduiront eux aussi dans le concret, en formes d'organisation et en modes d'allocation de ressources adaptés, où les pouvoirs en place cesseront de pénaliser ceux qui sont en avance et préparent l'avenir en ne se contentant pas de discours.

Glissons-nous dans les interstices. Même notre Ministre, pour l'instant, ne revient pas sur notre droit nouveau de former des internes. Les doyens ouverts

sont encore trop rares. Mais les doyens qui manquent de terrains de stages et qui sont, de fait, obligés de faire appel aux supplétifs que nous sommes aux yeux de certains d'entre eux, sont de plus en plus nombreux.

Appuyons-nous sur l'Europe à chaque fois que cela est possible. La santé reste du domaine national, mais plus la santé crée des dettes, plus l'Europe sera amenée à intervenir. Quelle que soit leur issue, on mesure les bienfaits qui découlent des recours de l'UNCPSY ou de la FHP-MCO : leur seul dépôt, la seule peur du gendarme européen sont d'ores et déjà plus efficaces auprès de l'administration du Ministère que tous nos appels à l'équité et au bon sens.

La période est rude, mais une chose est certaine : le pays devra sortir de ces politiques partisans car elles sont coûteuses, inopérantes et donc inadaptées aux exigences du temps. Les faits sont têtus. Les problèmes créés par notre propension à créer de la dette par de l'inefficience et des privilèges deviennent incontournables. Pour autant, les Français ne comprendraient pas que l'on renonce aux principes fondateurs de la Sécurité Sociale. Il faudra bien, un jour, trouver les moyens d'y répondre à ces principes, les moyens d'assurer leur pérennité dans les conditions qui sont celles de ce début de siècle, et, pour cela, sortir de l'instrumentalisation du secteur hospitalier.

C'est de là que viendra le salut²⁹ de nos professions libérales, de nos établissements et de ce qu'ils deviendront et, tout autant, le salut de l'hôpital public. C'est sûr. L'angoisse, c'est le temps qui passe et qui rendra les choses plus tendues, plus difficiles, plus violentes.

Premières données factuelles sur fin de vie en France

Comment ne pas évoquer ici la parution attendue et très importante de l'étude de l'INED³⁰ qui a été publiée cette semaine³¹ en lien avec l'Observatoire National de la Fin de Vie sur les conditions de la fin de vie en France. Cette étude est inédite tant par le thème, jusque-là très peu exploré de façon rigoureuse que par son ampleur.

Cette étude a en effet porté sur près de 15.000 décès survenus en décembre 2009 qui ont tous été analysés par le biais de 14.000 questionnaires d'une centaine d'items envoyés à 11.800 médecins certificateurs (qui avaient signé l'acte de décès), avec un taux de réponse de 40 %. Pour éviter les biais, ceux qui n'avaient pas répondu ont été appelés par téléphone. Au total il aura fallu deux ans de travail pour aboutir à ce premier bilan sur les conditions de la fin de vie en France

Le communiqué de l'ONFV en souligne les points importants.

- "*Une étude inédite, qui devra alimenter le débat public*". De fait sa parution avant celle du rapport Sicard vient fort à propos. Pour la première fois nous disposons en France de données factuelles. Les termes du débat devraient

s'en trouver changés, objectivés, un peu dépassionnés. La presse a fait son travail et a bien relayé. Les articles de la grande presse nationale sont substantiels et corrects dans la mesure où ils reproduisent fidèlement les données de cette étude et en profitent pour informer leurs lecteurs sur les droits des patients tels qu'ils ont été définis par la Loi Leonetti³². Seul Libération se distingue. L'article signé Eric Favereau est le plus court et, pour le coup, il n'est pas correct lorsqu'il conclut après n'avoir presque rien dit des résultats de l'étude "*Bref, on n'y comprend plus rien. De quoi attendre avec impatience les lumières du rapport du professeur Didier Sicard sur l'euthanasie*".

- "*La loi Leonetti : une mise en œuvre largement insuffisante*". Les chercheurs le soulignent : "*la question de la connaissance de la loi et l'appropriation des directives anticipées par les patients, mais aussi par les professionnels*". Pour Régis Aubry "*une marge importante de progression des pratiques médicales en matière de respect des personnes*". Il considère qu'il ressort de cette étude que la réalité n'est "*pas marquée tant par l'euthanasie, que par la nécessité d'améliorer les pratiques des professionnels et de donner aux malades les moyens de faire valoir leurs droits*".
- "*Les directives anticipées*" : selon l'ONFV, "*un bilan mitigé, qui pose question. Seuls 2,5 % des patients concernés avaient rédigé des directives anticipées, comme l'autorise la Loi Leonetti. Cela pose très clairement la question de l'appropriation des directives anticipées, à la fois par les patients et par les professionnels de santé.*"
- "*L'euthanasie³³ en France est une réalité indéniable, mais qui reste extrêmement rare.*" 3,1 % de l'ensemble des décès font suite à un acte visant à mettre volontairement fin à la vie de la personne. Cela représente 148 situations (dont 38 par injection d'une substance létale), sur 5.000 explorées dans l'étude.

On ne peut toutefois pas qualifier toutes ces décisions « d'euthanasie », car seuls 20 % de ces décisions sont prises à la demande des patients. Or le fait de donner la mort à une personne qui ne la demande pas ne saurait s'apparenter à une « euthanasie », y compris dans les pays qui ont légalisé cette pratique.

Au total, les actes d'euthanasie (c'est-à-dire à la demande du patient) représentent 0,6 % du total des décès, dont 0,2 % sont pratiqués en administrant délibérément une substance pour mettre fin à la vie (11 cas)."

- "*La réalité en France par rapport aux pays européens ayant légalisé l'euthanasie*"

Selon l'ONFV, "la France se situe dans les pays d'Europe ayant un faible pourcentage de décès assistés : ainsi, alors que 0,2 % de l'ensemble des décès font suite à une euthanasie par injection d'une substance létale en France, c'est le cas de 1,9 % des décès en Belgique et de 1,7 % des décès aux Pays-Bas.

De la même façon, si 0,6 % des décès font suite à l'administration d'une substance létale sans demande de la part de la personne malade, cette proportion reste nettement plus faible qu'en Belgique (1,8 %), pays qui a pourtant légiféré pour tenter d'encadrer les pratiques d'euthanasie."

Cette étude nous était indispensable. A nous de nous en emparer, de la faire connaître, de l'utiliser pour objectiver nos débats sur l'euthanasie, les fonder sur des faits objectifs, des données factuelles et non sur des impressions ou des sentiments.

¹ Selon le dictionnaire :

- Antiquité : A Athènes, bannissement de dix ans prononcé par l'assemblée des citoyens contre un homme politique jugé dangereux pour la liberté de la cité.
- Action d'exclure quelqu'un d'un groupe, de le tenir à l'écart ; résultat de cette action.
- Rejet hostile, par une collectivité, d'un de ses membres.

² Cf. notre mail UNHPC 12/685 du 5 décembre 2012

³ Cf. par exemple la dépêche APM - *Le monde de la cancérologie salue la bonne nouvelle d'un Plan Cancer 3* - sl/ab/APM polsan - SLPL6002 06/12/2012 19:20 CANCER-HEMATO ACTU

⁴ "Âgé de 67 ans, Jean-Louis Touraine a été nommé Professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) en 1979, puis chef du service de transplantation et d'immunologie clinique à l'hôpital Édouard Herriot des Hospices civils de Lyon (HCL) en 1986. Il a notam-

- ment mis au point plusieurs tests immunologiques pour le diagnostic des déficits immunitaires de l'enfant, réalisé en 1974 la première greffe française de thymus fœtal puis, deux ans plus tard, la première greffe mondiale de foie fœtal. Son équipe a également œuvré au développement de la thérapie génique du sida chez la souris humanisée. Concernant sa carrière politique, il est député depuis 2007 et premier adjoint de Lyon depuis 2001."
- Jean-Bernard Gervais - *Jean-Louis Touraine pressenti comme futur président de la FHF* - Hospimedia du 6 décembre 2012
- ⁵ FHP : Fédération de l'hospitalisation privée
- ⁶ Gérard Clavay - *Aux Rencontres de la FHP à Lyon, « consternation et colère » chez les dirigeants du privé* - Le Quotidien du Médecin 10/12/2012
- "Une ministre qui fait faux bond, des décisions de l'Etat considérées comme « iniques, voire illégales », le tout dans un climat vécu comme « hostile à son activité » : aux Rencontres 2012 de l'hospitalisation privée à Lyon, les leaders de la FHP ont exprimé incompréhension et colère. Ils se tournent vers le Premier ministre.
- La survie de l'hospitalisation privée est-elle menacée ? Ce secteur de 1 100 établissements et 8 milliards d'euros de chiffres d'affaires, qui prend en charge 8 millions de patients chaque année (et fait travailler 200 000 professionnels dont 40 000 médecins) est-il en danger ? Le gouvernement a-t-il décidé d'en finir avec les cliniques privées ? A Lyon, il suffisait d'interroger les adhérents ou responsables syndicaux réunis pour les Rencontres annuelles de la FHP, pour obtenir une réplique immédiate, mêlant scepticisme, déception, inquiétude mais aussi sentiment d'injustice et de colère."*
- ⁷ FHP-MCO : Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)
- ⁸ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- ⁹ CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi.
- Sous prétexte que l'hôpital n'y a pas droit, les cliniques n'y auront pas droit ou si ce droit leur est accordé, elles feront l'objet d'une baisse de tarifs. Magique ! Les Etablissements de santé ne sont pas des entreprises (même s'ils payent leurs impôts en tant que tels. C'est un dogme, on ne discute pas) et, dès le début de ce Ministère, on aura non seulement arrêté la convergence mais mis en place des mesures de divergences ! Comment ? Une remise à plat des régimes fiscaux de tous les établissements de santé selon leurs statuts par souci de transparence et d'équité ? Mais vous n'y pensez pas !
- ¹⁰ MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
- Pour le rapport "sur le financement des établissements de santé", cf. entre autres le mail UNHPC 12/474 du 26 juillet 2012
- ¹¹ IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- Rapport : Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé
- Rapport : Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux
- Cf. mail UNHPC UNHPC 12/588 du 10 octobre 2012
- ¹² IGF : Inspection générale des finances
- Rapport : Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux
- Cf. mail UNHPC 12/609 25 octobre 2012
- ¹³ UNCPSY : Union nationale des cliniques psychiatriques
- ¹⁴ MERRI : Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
- ¹⁵ GHICL : Groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille
- ¹⁶ CHU : Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ¹⁷ CLCC : Centre de lutte contre le cancer
- ¹⁸ F. Faucon a cité le Guide d'allocation des dotations relatives aux aides à la contractualisation (AC) publié en août 2011 et l'actualisation en cours du guide méthodologique relatif à l'aide à la contractualisation qui devrait paraître fin 2012.
- ¹⁹ ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- ²⁰ Exemple parmi d'autres : "*La France se distingue par une contribution élevée du secteur privé à l'activité hospitalière ; néanmoins, a été écarté le modèle (anglo-saxon) d'achat de*

prestation après mise en concurrence. Le tarif n'est donc pas un prix de marché, mais un vecteur de financement. Dès lors l'égalité de traitement des acteurs à situations comparables s'impose. Cette égalité de traitement est garantie par l'ensemble des principes juridiques auquel obéit le modèle de financement".

²¹ MIG : Mission d'intérêt général

²² MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

²³ Cf. entre autres cette semaine : D. CH. - *Après la fermeture de Paray-le-Monial, rebelote dans le Limousin* - Le Quotidien du Médecin du 04/12/2012 : "Une tendance nationale se dessine-t-elle, qui consisterait à accorder le monopole de certaines autorisations à l'hôpital public ?"

²⁴ PDSSES : Permanence des soins en établissements de santé

²⁵ "Les sociétés européennes et celles qui les prolongent au-delà des mers, tels les États-Unis, ont adhéré de concert aux idéaux de liberté et d'égalité, elles n'en ont pas la même conception".

Philippe d'Iribarne - *Trois figures de la liberté* - Annales n° 5 septembre-octobre 2003

Philippe D'Iribarne - *La passion impossible de l'égalité - Le désir de liberté dépasse parfois le désir d'égalité. - Les Français sont attachés à leurs statuts et craignent de les voir mis en cause* - CERAS, La Revue Projet - *Réformer sans modèle* - n° 295, novembre 2006

²⁶ GCS : Groupement de coopération sanitaire

²⁷ GHM : Groupe homogène de malades - GHS : Groupe homogène de séjours

²⁸ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

²⁹ Selon le dictionnaire : "chose ou personne à qui l'on doit d'échapper à la mort, à la ruine ou à une catastrophe".

³⁰ INED : Institut national d'études démographiques - Cf. http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1618/

³¹ Sophie Pennec (pennec@ined.fr), Alain Monnier (monnier@ined.fr), Silvia Pontone (silvia.pontone@rdb.aphp.fr), Régis Aubry (raubry@chu-besancon.fr) - *End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 Act of Parliament on Patients' Rights and End of Life* - BMC Palliative Care 2012, 11:25 - doi:10.1186/1472-684X-11-25

Cf. aussi, des mêmes auteurs : *Les décisions médicales en fin de vie en France* - Population & Sociétés - Numéro 494 Novembre 2012 et le "Quatre pages" diffusé par l'ONFV sous le titre : "Les décisions de fin de vie - Résultats de l'étude « Fin de vie en France »"

Cf. tous ces documents avec notre mail UNHPC 12/680 du 4 décembre 2012

D'autres articles d'analyse seront prochainement tirés de la base de données ainsi constituée.

³² Cf par exemple :

Delphine Chayet - *En France, la mort est de plus en plus médicalisée* - Le Figaro du 4 décembre 2012

Laetitia Clavreul - *Fin de vie : les demandes d'euthanasie restent rares* - Le Monde du 5 décembre 2012

Marine Lamoureux - *Les euthanasies clandestines sont peu nombreuses en France* - La Croix du 4 décembre 2012

Eric Favereau - *Des chiffres et du flou sur l'euthanasie* - Libération du 4 décembre 2012

L'étude sur la fin de vie de l'Ined montre la bonne application de la loi Leonetti en France, selon la Sfaf - APM MHPL4001 du 4 décembre 2012

Stéphanie Hasendahl - *Selon l'INED, les actes d'euthanasie concernent moins de 1 % des décès* - Le Quotidien du Médecin du 4 décembre 2012

David Bilhaut - *Une enquête pionnière de l'INED sur la fin de vie - La voix des patients trop souvent ignorée* - Le Quotidien du Médecin du 5 décembre 2012

Vincent Olivier - *Fin de vie : à peine 1 % de "vraies" euthanasies* - L'Express du 4 décembre 2012

³³ La définition de l'euthanasie retenue par l'INED est la suivante : "le fait pour un tiers de mettre fin à la vie d'une personne à sa demande".

Vers une réforme de la T2A

- ✦ Installation d'un Comité de réforme de la tarification
- ✦ Misère et stratégie d'établissement

***"Le principe de
tarifer selon l'activité
a eu des avantages.
Mais ce système
a aujourd'hui
atteint ses limites."***

Date de parution : lundi 17 décembre 2012

Mots types : M. Touraine - FHF - FEHAP - FHP - UNICANCER - E. Couty - J. Debeaupuis - Réforme - Pauvreté - D.M. Berwick - J. de Kervasdoué

En matière de système de santé la question de la **tarification** n'est pas la première. Celle des grands principes d'organisation et d'accès vient bien sûr avant. Ils reposent sur des droits fondamentaux qui articulent des sphères de logique et d'activité qui touchent à la fois au droit de la personne, au médical, à l'éthique, au politique, au financier, à l'économique. Mais si la question de la tarification n'est pas première, elle est au cœur de toutes les approches qui prévalent en matière de système de soins hospitaliers. La tarification est un des lieux de mise en cohérence de ces différentes sphères d'activité.

En France, nous avons toujours eu des difficultés à aborder ces questions. Curieusement l'économique est considéré comme sale au regard de la médecine alors que l'expérience montre qu'il est civilisateur. La tarification c'est pire encore. Le mot de "prix" est même tabou. Pourtant, on ne peut y échapper. La tarification est bien le lieu de cohérence ou d'incohérence entre les intentions, les politiques énoncées et la réalité mise en œuvre.

Dans un contexte qu'elle veut très politique, notre Ministre de la santé, Marisol Touraine, a installé cette semaine un **Comité de réforme de la**

tarification hospitalière. Elle veut en effet réformer la T2A¹. Les priorités affirmées ne sont pas celles qu'on pourrait croire, en particulier celle de l'efficacité du système compte tenu de la crise de la dette. Elle met en avant deux autres priorités, de façon toute particulière et insistante :

- celle de la défense et de la "restauration" de l'hôpital public, car l'hôpital public incarne pour elle le "service public" et elle le juge avoir été maltraité en tant que tel par ses prédécesseurs ;
- celle d'un rééquilibrage avec une moindre prise en compte de la valeur "travail" au profit d'une bonification sur critère plus politique d'adhésion à sa politique avec pour conséquences une baisse de la part relative de la rémunération à l'activité avec une hausse relative de la part des allocations et des subventions.

La volonté de réforme est affirmée fortement. Il est donc particulièrement important de prêter attention aux orientations développées par la Ministre lors de l'installation de ce nouveau "Comité de réforme".

Les gouvernements changent, la crise s'approfondit, la misère s'accroît. Le nouveau Gouvernement veut s'y attaquer. La **Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale** qu'il a organisée cette semaine a donné l'occasion à la FHP² de faire des propositions significatives.

Vers une réforme de la T2A ?

Ce mercredi 12 décembre 2012 Marisol Touraine a installé le nouveau **Comité de réforme de la tarification hospitalière**.

Compte tenu des intentions politiques proclamées, des travaux parlementaires et des innombrables rapports parus ces dernières années, il s'agit d'un événement important.

En introduction nous retiendrons quelques impressions fortes.

- Il y avait **beaucoup de monde** pour l'installation de ce comité³. En général, dans les grandes administrations, on sait que l'importance des réunions internes est inversement proportionnelle au nombre des participants. Or il s'agit bien d'une réunion interne. On n'en trouve pas trace par exemple sur le site du Ministère.
- Le bon côté de cette affluence, c'est qu'il y avait tous les acteurs majeurs. Il est par exemple important de souligner que le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Frédéric van

Roekeghem était là. Il ne s'est guère exprimé, mais sa présence est suffisamment rare pour être relevée ici.

- Nous concernant, **établissements de santé privés**, nous avons eu, une fois de plus, l'affirmation claire que nous étions les vilains petits canards. Nous n'avons même pas eu droit à une formule consacrée du type "*quand je dis « hôpital », je veux bien sûr dire tous les établissements de santé*". Les ESPIC⁴ sont comme nous : manifestation hors champ. Le sujet affirmé c'est celui de "*l'hôpital public*". Quand la Ministre veut changer de formule, elle précise, le "*service public*", en soulignant que c'est synonyme. C'est impressionnant.
- Dans les commentaires de chacun, pas de surprises. Nous y reviendrons. Comme on se l'imagine dans ce genre de réunion ils sont aussi unanimement consensuels que laudatifs. Personne ne déroge. Elisabeth Tomé-Gertheinrichs est bien sûr et très heureusement restée poliment dans le ton obligatoire et positif. Pour faire bonne mesure, elle a cru poli de souligner une fois de plus que la FHP avait bien compris que l'ère de la convergence était révolue et qu'elle ne remettait pas en cause les décisions prises. En fin de réunion, cela a donné la seule occasion à la Ministre de nous citer : elle a dit "*entendre les regrets de la FHP : il ne s'agit pas de nier votre place, mais...*" Oui, vraiment, impressionnant !
- Ce chantier est ouvert en cohérence avec celui de la Mission Couty, dite du "**Pacte de confiance**". Edouard Couty a rappelé que ses conclusions paraîtraient fin janvier. Il a précisé que ses orientations "*ne rentreraient ni dans le calendrier, ni dans les moyens, ni dans la technique*". Il a pourtant clairement souhaité qu'elles soient prises en compte par ce nouveau Comité. Il a même laissé fortement entendre qu'il y aurait dans ses propositions des choses "*un peu nouvelles*", et qu'il serait important de les examiner techniquement, qu'il ne s'interdirait pas d'ajouter des "*axes nouveaux*" par rapport à ceux qui ont été évoqués durant cette séance d'installation.
- Le Comité nouvellement créé devra distinguer les travaux à court **terme** de ceux à long terme. La Ministre précise qu'elle attend déjà des propositions pour la campagne tarifaire 2013 ! Cela peut paraître un peu curieux compte tenu des délais. Après le départ de la Ministre, Jean Debeaupuis⁵ précisera que la prochaine réunion ne pourra se tenir que fin janvier, après qu'il ait pris connaissance des arbitrages. Gérard Vincent a alors posé la question : le Comité peut-il faire des propositions ou tout sera-t-il décidé par les arbitrages ? Jean Debeaupuis lui a répondu qu'au sein des arbitrages il y aurait des marges de manœuvre, pour préciser ensuite que trois sujets sont déjà très avancés. Nous reviendrons ci-dessous sur celui de la radiothérapie.
- Au total, difficile de se faire une idée sur le devenir exact des travaux ainsi engagés. On a plutôt l'impression d'un sujet peu maîtrisé, d'orientations très générales et souvent contradictoires. Il en est ainsi par exemple de la proclamation réitérée plusieurs fois selon laquelle "*il faut simplifier un système*

devenu trop complexe", mais que l'on charge néanmoins de très nombreuses missions nouvelles...

Le mieux est alors de se référer au **discours de la Ministre**. En ces temps de changements importants de perspectives, chacun y trouvera les points de repères nécessaires. Nous le reprendrons donc de façon détaillée.

Dès son introduction, Marisol Touraine, affirme une volonté : celle de "*clarifier et rendre plus lisible la tarification de l'hôpital*". Elle affirme ensuite, comme s'il s'agissait d'une nouveauté, que la tarification "*se veut et doit être un instrument au service des politiques que nous menons*". Etonnant, car on a peine à imaginer le contraire !... Peut-être la trace de débats internes sur le concept de "*neutralité*" que nous avons évoqué dans notre dernière chronique ?

Cette tarification doit "*marquer les orientations que nous voulons voir réaliser, les objectifs assignés au système de santé*". "*Il faut donc examiner la manière dont la tarification vient servir ces objectifs ?*"

Quels sont ces objectifs globaux ? :

- "*d'abord garantir que chacun pourra se soigner où qu'il habite et quelle que soit sa condition sociale*". Autrement dit la tarification a pour premier objectif cité l'aménagement du territoire... ;
- ensuite assurer "*l'impact sur la place et le financement de l'hôpital*" car il s'agit de "*réaffirmer le rôle central de l'hôpital public, enfin du service public hospitalier : je tiens à ce que le lien se fasse*". Autrement dit la tarification a pour second objectif cité de conforter l'hôpital public...

Marisol Touraine rappelle alors que des mesures ont été prises avant cette concertation : "*fin de la convergence ; réaffirmation de missions spécifiques ; gels prudentiels hors MIG. Toutes ces mesures amènent maintenant à se pencher sur les tarifs*". Il faut qu'ils "*favorisent la justice, l'efficacité, la qualité et la transparence*" tout en n'oubliant pas qu'il s'agit d'un "*outil de répartition de ressources limitées*".

Il nous faut aussi "*une tarification plus efficace, plus transparente, gage d'une meilleure visibilité pour les gestionnaires*".

"*Ce comité n'a pas pour mission de mettre en place une réforme technique ou un ajustement de la tarification*".

"*Des réformes techniques on en a eu : plus qu'un mille feuilles. Cela a abouti à une très grande complexité : il faut opérer une mutation profonde et arriver à définir un point d'équilibre : optimisation et haut niveau de santé pour nos citoyens*".

Après cette introduction générale, Marisol Touraine veut développer 2 objectifs plus spécifiques pour les travaux du nouveau Comité :

1) "Redéfinir le rôle et la place de la T2A pour améliorer la qualité.

On peut avoir des débats et vous pourrez les avoir. Faut-il remettre en cause la T2A ? La réponse apportée par moi, aujourd'hui, est qu'il ne faut pas revenir à la tarification globale. Le principe de tarifier selon l'activité a eu des avantages. Mais ce système a aujourd'hui atteint ses limites. Il a ses insuffisances. C'est un système toujours plus complexe, toujours pour de bonnes raisons. Mais quand c'est complexe, c'est opaque. Concernant un système de financement d'un service public, démocratiquement, ce n'est pas une bonne chose.

Il ne valorise pas les coopérations, ni entre établissements de santé ni entre établissements et autres offreurs hôpital, ville, médico-social. Or nous sommes confrontés à la réorganisation : il faut d'avantage de coopération, pas seulement administrative - il ne suffit pas de créer les ARS⁶ -. On voit les difficultés, y compris entre deux établissements publics, dès qu'on envisage de coopérer pour mettre en place des parcours de soins et de santé, la question de la clef de répartition des ressources se pose.

Injuste ou inéquitable, ce système ne prend pas en compte la complexité des parcours de soins, les pathologies chroniques, multiples, les caractéristiques des populations prises en charge, la gravité, le suivi postopératoire...

Il ne permet pas de prise en charge globale de la prévention jusqu'au traitement aigu : c'est cela que je veux impulser et mettre en place.

Il faut travailler pour savoir comment prendre en charge les soins dans la complexité des parcours, définir des critères pour les valoriser, définir des séquences de soins, valoriser les activités faites par des structures isolées mais qui sont nécessaires, valoriser les projets de soins à dimension régionale."

2) "Donner de la pérennité et de la lisibilité à notre système de santé dans la durée.

Il faut permettre aux établissements d'inscrire leurs projets dans une perspective pluriannuelle. Il faut évoluer mais selon des règles anticipables, accroître la transparence dans l'élaboration des tarifs et la stabilité dans leurs applications. Il faut élaborer ces règles dès la campagne 2013.

Il faut de la lisibilité et de la pérennité mais il faut aussi que la T2A soit un outil d'aide à la réorganisation du tissu hospitalier. Il faut donc travailler sur tarif et pertinence des actes et des soins, accompagnement des restructurations, reconversion de services et d'établissements..."

Pour Marisol Touraine, "le chantier est immense, très technique". "Je ne veux pas rentrer dans la technicité. Je suis venue vous dire qu'il faut tout remettre à plat : cette tarification, elle sert des objectifs politiques".

"Je souhaite que vous puissiez réformer dans ses fondements, il ne faut pas rajouter une strate, il faut simplifier tout en prenant en compte la diversité des actes ou des situations à tarifier, en tenant compte du fait qu'il y a des mé-

decins qui m'ont dit que ça devenait insupportable : ils m'ont même dit qu'il va falloir créer de nouveaux métiers qu'ils appellent du nom de « codeurs » !"

"Je veux vous dire toute l'importance que j'accorde à ce travail." "Je suis prête à revenir travailler avec vous si cela apparaît nécessaire à telle ou telle étape de vos travaux."

"Il faut avoir une politique qui oriente le système de santé car aujourd'hui, on est confronté à des interlocuteurs qui ne comprennent pas ou utilisent la complexité pour orienter leur activité dans un sens qu'on ne souhaite pas".

Après le départ de la Ministre, le débat a montré la très forte implication de la FHF⁷. Cela n'est pas étonnant, mais cela s'est exprimé. Au-delà des propos codifiés, Gérard Vincent s'est dit *"ravi - cela va sans dire"*, mais il l'a dit... Il s'est réjoui des mesures prises récemment, a rappelé son soutien aux orientations de la Ministre en les réénumérant, a insisté sur la nécessité d'une régulation prix-volume par champs *"la réanimation tringue à cause des dépassements des dérives de la chirurgie"*, sur la nécessité de *"financer les petits établissements qui n'ont pas le volume suffisant pour amortir leurs charges fixes"*. *"Maîtriser le volume est le chantier d'avenir"*. *"Les établissements ne peuvent plus vivre isolés. La notion de territoire nous paraît logique. Le service public doit s'appuyer sur les missions territoriales"*. *"Nous ne remettons pas en cause la T2A qui a été une bonne chose pour le service public, mais nous avons été déçus par la T2A"*. Avec Bernard Garrigues, il a insisté pour *"que 2013 ne soit pas une année blanche"*.

Unicancer a insisté sur le financement des innovations et sur les mutations en cours concernant les prises en charge en cancérologie. Pascale Flamant a pris quelques exemples dont celui *"ramené il y a quelques jours de San Antonio⁸ : le standard en matière de radiothérapie du cancer du sein va passer de 25 séances à 15"*. Là, les choses sont très impressionnantes, car quelques minutes après Jean Debeaupuis a cité la radiothérapie dans les mesures nouvelles déjà décidées pour la campagne 2013. Une fois de plus on ne peut qu'être très très impressionné par la capacité de lobbying et d'orientation de nos collègues. Ils obtiennent en quelques jours des réformes coûteuses là où nous n'obtenons rien, même lorsque ce que nous demandons ne coûte rien ! Le sujet évoqué ici est un bon sujet, mais quand même ! La puissance des grands de ce monde impressionne vraiment, même lorsqu'on croit la connaître !

Elisabeth Tomé a souligné que *"les fédérations sont plus intelligentes lorsqu'elles sont ensemble que lorsqu'elles sont séparées"*. Oui !

Yves-Jean Dupuy a osé évoquer le sujet du CICE⁹ !

Pour conclure, Jean Debeaupuis a précisé que du point de vue institutionnel, le groupe de travail sur l'évolution du modèle de financement était supprimé, mais que les autres instances étaient maintenues. S'il faut créer de nouvelles instances, en particulier des groupes de travail, cela est possible.

Une première réunion se tiendra vers le 21 janvier après les arbitrages, sur la campagne 2013. Mi février se tiendra une nouvelle réunion plus technique sur

les MIGAC¹⁰, DAF¹¹, MERRI¹², FIR¹³. Une troisième réunion aura lieu en mars sur l'évolution du modèle.

L'ANAP¹⁴ aura des ressources pour accompagner les travaux a précisé Jean Debeaupuis. Dans le contexte actuel, c'est sans doute un scoop !

Il a confirmé aussi le principe de la neutralité des tarifs, "*si elle est maintenue*" précise-t-il néanmoins...

Il a demandé des contributions écrites pour fin janvier¹⁵. La DGOS en fera la synthèse pour la réunion de mars.

Questionné, Frédéric Van Roekeghem a précisé que le rapport sur l'avenir de l'assurance maladie se préparait, et qu'il "*pourra se faire en synergie*".

Bref, nos lecteurs auront sans doute l'impression que tout cela n'est pas très précis techniquement mais certainement très politique¹⁶. Au sortir de cette réunion de lancement, c'était bien notre impression. Parmi la multitude des sujets évoqués il y en a d'intéressants et de nécessaires, mais on pouvait légitimement se demander où était la cohérence, s'ils seraient sérieusement pris en charge, s'il y avait une vision assortie d'une volonté autre que de circonstance, ou si l'on rentrait dans un théâtre d'ombres destiné à durer de nombreuses années...

Aux Etats-Unis, Donald M. Berwick soulignait cette semaine, en clôturant le 24th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care organisé par l'IHI¹⁷, qu'il "*y a trop de silence sur les problèmes dont nous avons à parler si nous voulons faire des progrès*". Lors de sa conférence il a dénombré pas moins de "*11 monstres qui se cachent sous le lit*"¹⁸. Il n'est pas sûr qu'il n'y ait qu'aux USA !

Raison de plus pour s'attaquer nous aussi aux problèmes. L'importance du sujet - le financement de nos activités et de nos établissements - comme celle des enjeux soulevés par l'initiative de notre Ministre nous ont incités à faire ce compte rendu détaillé. Il faut vraiment suivre ce "chantier" de très près. Et puis, sait-on jamais, la dure réalité qui nous attend forcera peut-être à déboucher sur des réformes¹⁹ cohérentes, "*transparentes et équitables*" ?

Misère et stratégie d'établissement

Avec la crise qui s'approfondit, les écarts de revenus qui croissent, le chômage et le travail précaire qui se développent, la misère s'étend, la violence enfle dans nos banlieues. Les rapports des organismes caritatifs spécialisés s'accumulent et nous alertent depuis des années. Les populations qu'ils prennent en charge ne font que croître. Fait nouveau, ce sont les jeunes qui forment maintenant le gros des nouveaux pauvres. En France comme dans beaucoup de pays d'Europe, ce sont les nouvelles générations qui souffrent le plus. Même si cela se fait heureusement très lentement, les inégalités en santé se creusent et c'est une alerte de plus. Les alertes se multiplient en effet. Cette semaine par exemple comment ne pas avoir été stupéfait, atterré, horrifié par les longs

reportages faits sur la situation à la prison des Baumettes à Marseille²⁰ à la suite du rapport du Contrôleur général Jean-Marie Delarue. La France a une tradition longue d'incarcération forte et a toujours eu un problème avec l'état de ses prisons, mais une telle dégradation est une alerte de plus, gravissime.

Bref les problèmes liés à la pauvreté et à la précarité sont des problèmes d'avenir, il faut s'en convaincre s'il en est besoin. Les progrès enregistrés cette semaine dans la construction de l'Europe sont une des clefs du traitement curatif. En attendant il faut traiter aussi du symptomatique. Le futur Plan Cancer doit faire une place importante à ces questions.

Le Gouvernement a tenu cette semaine une "**Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale**"²¹. Un plan gouvernemental contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale sera rendu public le 22 janvier prochain, à l'occasion d'une réunion du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion, qui n'a pas été réuni depuis 2006. Il sera décliné en feuilles de route ministérielles.

C'est l'occasion qu'a saisie la FHP pour avancer "*ses propositions pour contribuer à lutter contre la misère dont de plus en plus de nos concitoyens sont victimes. Elle propose ainsi aux pouvoirs publics et à l'ensemble de la communauté hospitalière trois pistes d'actions fortes et novatrices :*

- *mettre à disposition les lits vacants des hôpitaux qu'ils soient publics, associatifs ou privés,*
- *ouvrir le soir aux personnes en situation de grande pauvreté les restaurants et selfs des établissements de santé,*
- *garantir l'accès aux soins des plus démunis en organisant une répartition de leur prise en charge par chacun des acteurs, assortie d'une obligation de la respecter*"²².

Au-delà de la prise en charge de tous nos concitoyens, et des "CMU"²³ en particulier, ces propositions sont nouvelles. Elles méritent d'être notées. Elles signifient bien que la prise en charge de la misère doit maintenant, elle aussi, faire partie des axes stratégiques du développement de nos entreprises. Les temps l'exigent. Les dépenses socialisées le permettent. Il y a des initiatives à prendre, des innovations à promouvoir. Ce communiqué en marque sans doute le début. Il est important.

¹ T2A : Tarification à l'activité

² FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

³ Etaient présents ou nommés sur la feuille de présence :

- plusieurs représentants de l'administration centrale :
 - de membres du cabinet de la ministre, MM François Crémieux et Jérôme Clerc
 - du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, Denis Morin
 - du directeur général de l'offre de soins (DGOS), Jean Debeaupuis, et de quatre autres représentants de la DGOS (Félix Faucon, Natacha Lemaire, Samuel Pratmarty, Sandrine Billet)

- d'un représentant de la direction de la sécurité sociale (DSS), Guillaume Couillard
 - d'un représentant de la direction du budget, Gautier Bailly
 - plusieurs représentants d'institutions :
 - le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Frédéric van Roekeghem
 - le directeur de l'ATIH, Housseyni Holla, et un autre représentant de l'agence
 - le secrétaire général de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), Igor Busschaert
 - le directeur de la Haute autorité de santé (HAS), Dominique Maigne.
 - les représentants des fédérations hospitalières :
 - le délégué général de la FHF, Gérard Vincent, et le responsable du pôle finance, Yves Gaubert
 - le directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), Yves-Jean Dupuis et David Causse, Directeur du secteur sanitaire et coordonnateur du Pôle santé social
 - la déléguée générale de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, ainsi que le délégué général de la FHP-MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), Thierry Béchu, celui de la FHP-SSR (soins de suite et de réadaptation), Théodore Amarantinis, celui de l'UNHPC, Gérard Parmentier
 - le délégué national de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad), Olivier Paul
 - la déléguée générale du groupe Unicancer, Pascale Flamant, et la directrice de la stratégie et de la gestion hospitalière, Sandrine Boucher.
 - les représentants de plusieurs conférences hospitalières :
 - Philippe Vigouroux, directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy, pour la conférence des DG de CHU
 - Denis Fréchou, directeur des hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne), et Danièle Portal, directrice du CH de Mulhouse, pour la conférence des directeurs de CH
 - Benoît Vallet, président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHU de Lille, et Danièle Blanc, vice-présidente de la CME du CHU de Reims, pour la conférence des présidents de CME de CHU
 - Bernard Garrigues (Aix-Pertuis) pour la conférence des présidents de CME de CH
 - François Zanaska (Chantilly, Oise), président de la conférence nationale des CME des établissements privés non lucratifs.
 - quatre personnalités qualifiées :
 - Anne Gervais, du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat-Claude Bernard (Paris, Assistance publique-hôpitaux de Paris)
 - Bertrand Guidet, chef du service de réanimation médicale à l'hôpital Saint-Antoine (Paris, AP-HP), président de la CME locale du groupe hospitalier des Hôpitaux universitaires de l'Est parisien
 - Benoît Péricard, directeur chargé de la santé chez KPMG
 - Michel Samson, de l'hôpital de Versailles
- ⁴ ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
- ⁵ Directeur de la DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- ⁶ ARS : Agence régionale de santé
- ⁷ FHF : Fédération hospitalière de France
- ⁸ San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) qui s'est achevé samedi 8 décembre dernier
- ⁹ CICE : Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
- ¹⁰ MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- ¹¹ DAF : Dotation annuelle de financement
- ¹² MERRI : Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
- ¹³ FIR : Fonds d'intervention régional
- ¹⁴ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-

sociaux

- ¹⁵ Diapositive DGOS : "**Appel à contribution** : Sur la base de ces premiers éléments indicatifs, une contribution des membres du comité" est attendue afin d'établir une priorisation des axes de la réforme et de définir le programme de travail du comité
La DGOS assurera la synthèse des contributions et proposera un programme de travail lors de la séance de mars 2013"
- ¹⁶ Reprenons pourtant la diapositive de la DGOS intitulée "Esprit général de la réforme de la tarification à mener en 5 ans", car c'est elle qui était la plus claire :
- "Rendre le modèle plus lisible et transparent
 - Garantir l'équité entre acteurs
 - S'inscrire dans une stratégie globale de la qualité
 - Favoriser la pertinence des soins et améliorer la qualité des pratiques professionnelles et l'efficacité des prises en charge
 - Faire évoluer les modalités de financement en les élargissant sur la base de certains parcours de soins
 - Mieux prendre en considération les missions spécifiques de certains établissements
 - Déterminer les limites du paiement à l'activité et interroger l'équilibre entre dotation et activité
 - Assurer une meilleure prise en compte des spécificités territoriales et sécuriser le financement des activités isolées."
- ¹⁷ IHI : Institute for healthcare improvement
- ¹⁸ "Don Berwick Urges Us to Face Our Challenges"
Cf. : <http://www.ihl.org/offerings/Conferences/Forum2012/Pages/default.aspx>
- ¹⁹ Signalons ici le remarquable article de réflexion et de synthèse de Jean de Kervasdoué sur la réforme des systèmes de santé, article paru dans le numéro spécial de la revue "Inflexions" sous le titre "Plus souvent prétexte que volonté de changement, la réforme de la santé"
Jean de Kervasdoué - *Plus souvent prétexte que volonté de changement, la réforme de la santé* - Inflexions n° 21 - pp. 155 à 164 - Numéro spécial Civils et militaires : pouvoir dire - Défense, sécurité - La réforme perpétuelle - Ministère de la Défense - La Documentation française - 2012 - Réf. : 3303334100215 - 264 pages
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303334100215/index.shtml>
- ²⁰ Jean-Marie Delarue - Contrôleur général des lieux de privation de liberté - L'insalubrité "consubstantielle" au centre pénitentiaire des Baumettes, à Marseille, constitue une "violation grave" des droits fondamentaux des prisonniers, selon un rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté
"Le constat dressé par la vingtaine de contrôleurs qui ont visité, du 8 au 19 octobre le centre pénitentiaire des Baumettes, à Marseille, fait apparaître sans aucun doute, une violation grave des droits fondamentaux, notamment au regard de l'obligation, incombant aux autorités publiques, de préserver les personnes détenues, en application des règles de droit applicables, de tout traitement inhumain et dégradant."
Cf. : <http://www.cglpl.fr/2012/recommandations-en-urgence-sur-le-cp-des-baumettes-a-marseille/>
Cf. aussi, par exemple : Franck Johannès - *A Marseille, la prison de la honte - Le contrôleur des prisons s'indigne du délabrement inouï des Baumettes, où les caïds imposent leur loi* - Le Monde publie en fait une série d'articles sur le sujet, dont "Les Baumettes, l'effroyable prison" - Le Monde du vendredi 7 décembre 2012 p. 1 à 3
- ²¹ Cf. : <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/la-conference-nationale-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale>
- ²² FHP - Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) avance ses propositions - Paris, le 10 décembre 2012
Cf. <http://www.fhp.fr/1-fhp/841-/841-/7344-conference-nationale-contre.aspx>
- ²³ CMU : Couverture maladie universelle

Fin de vie, pratiques et réglementation

- ✦ Le rapport de la commission Sicard
- ✦ Régulation, technicité, équité, efficacité
- ✦ Nominations au Cabinet

"L'aide médicale attendue n'est, le plus souvent, pas celle qui est proposée, et celle qui est proposée n'est pas, le plus souvent, celle qui est attendue."

"Le système de santé, très cloisonné, n'a pas trouvé la capacité de s'adapter aux modifications des besoins des personnes malades. Il est figé et cela nuit gravement à la santé des personnes."

Date de parution : lundi 24 décembre 2012

Mots types : Soins palliatifs - Euthanasie - Suicide assisté - Mort - Rapport - Président de la République - François Hollande - PLFSS - Article 60 - CICE - Cabinet - D. Morin - B. Maquart

Parmi les sujets qui ont dominé la semaine dans notre secteur d'activité il faut bien sûr évoquer la remise au Président de la République du **rapport de la Commission Sicard**. Elle avait été chargée de faire "*une évaluation de l'application*" de la loi Leonetti, mais tout le monde l'attendait sur la question de l'euthanasie. En fait d'euthanasie, le rapport distingue l'euthanasie et l'aide au suicide. Il est très prudent sur l'idée d'une réglementation nouvelle et, si elle devait avoir lieu malgré tout, il pose des garde-fous. Les politiques semblent néanmoins déterminés à légiférer. Il faut souligner aussi que le corps du rapport se centre sur des questions qu'il juge comme autrement importantes et urgentes. La Commission considère en effet que la mort a été exclue du champ de la médecine et du système de santé. Le rapport souligne l'urgence de réintroduire sa prise en charge à tous niveaux : formation, culture, organisation, financement, solidarité... De ce point de vue ce rapport est un véritable appel à responsabilité. C'est aussi de ce point de vue qu'il faut souhaiter qu'il soit entendu. Compte tenu de son importance, nous complétons cette chronique de la reprise de quelques extraits significatifs.

Le **PLFSS** a été adopté. Plusieurs questions demeurent dont celle des réseaux de soins, mais aussi celles touchant à deux mesures nouvelles de régulation économique du système. Deux de ces mesures posent en effet directement la question de l'impartialité de l'Etat : celle concernant la façon dont l'Etat gèrera la possibilité qu'il a maintenant de faire varier les tarifs en fonction du respect de l'ONDAM ; celle concernant la façon dont l'Etat gèrera l'application dans notre secteur du Crédit d'impôt compétitivité emploi, si le Conseil Constitutionnel ne donne pas suite aux recours dont cette mesure de relance fait l'objet.

Il y a des départs et donc des nominations au plus haut niveau du **cabinet de la Ministre** en charge de notre secteur, Marisol Touraine. C'est donc important. Deux "poids lourds" sont annoncés. Concernant la capacité du Ministère à s'attaquer avec objectivité et compétence aux problèmes de fond, c'est une bonne nouvelle.

Un rapport qui est un véritable rappel à nos responsabilités

Le rapport Sicard était attendu. Il a été présenté au Président de la République cette semaine¹. Il porte un beau titre : "*Penser solidairement la fin de vie*". Le sujet est bien là, en effet.

Qu'en dire quelques jours après sa sortie ?

Le rapport est volumineux. 97 pages de rapport proprement dit, 250 pages en tout avec ses annexes. Il est à la fois très bien écrit, au sens de très clair, accessible, bien structuré, sans passages inutiles ou redondants. Il est parsemé de pas mal de fautes de frappe ou de français qui montrent qu'il a été rédigé vite pour respecter les délais. Didier Sicard a aussi exprimé sa grande déception devant le désintérêt des administrations qui étaient censées l'aider dans sa mission et le peu de moyens dont il a disposé. Cela porte sens et il a donc eu raison de le dénoncer publiquement.²

La presse s'en est largement fait l'écho. Dans l'ensemble les comptes rendus sont très proches du rapport. Les titres sont restés neutres, sauf quelques-uns qui insistaient sur l'ouverture au suicide assisté³, ce qui a donné l'occasion à Didier Sicard d'intervenir de façon parfois un peu malhabile, en semblant se contredire⁴. Plusieurs supports de presse nationaux ont fait de véritables dossiers. C'est à noter car, jusqu'à maintenant, la presse française aimait surtout le sensationnel et était souvent cantonnée dans le "yaka" faire une loi plus permissive. Ce rapport contribue donc à faire progresser le débat citoyen.

De ce point de vue notons aussi que la presse n'a pas caricaturé les positions des grands courants de pensée et grandes religions monothéistes en particulier. A part Luc Ferry qui s'est fait plaisir en produisant une tribune assez caricaturale sur les positions de l'Eglise Catholique⁵, le débat reste "citoyen". C'est assez nouveau et c'est un progrès. Non que les religions n'aient rien à dire sur les questions anthropologiques, ce serait un comble, mais notre société gagne en maturité lorsqu'elle ne réduit pas les positions de tel ou tel à son appartenance à telle religion⁶, à tel groupe de pensée : elle admet qu'un citoyen puisse ancrer et nourrir ses positions dans une conviction sans le dévaluer a priori à cause de cet ancrage. Les tentations de certains sur les positions sur le "*mariage pour tous*" montrent que ce n'est pas le cas sur tous les sujets sociétaux et donc anthropologiques. En matière de fin de vie nous progressons donc. Il faut le noter aussi.

Sur le fond, tout le monde attendait le rapport sur la question de **l'euthanasie**, alors même que la lettre de mission de François Hollande était beaucoup plus large en la centrant surtout sur une évaluation de la loi Leonetti. Le rapport est d'une extrême prudence sur le traitement des questions posées par voie réglementaire⁷. "*Pour la commission, l'assistance au suicide ne peut en aucun cas être une solution proposée comme une alternative à l'absence constatée de soins palliatifs ou d'un réel accompagnement.*"⁸ Le rapport prend clairement position contre l'euthanasie. Mais il est réaliste et dans les deux cas étudiés, il se met en situation de responsabilité :

- "*Si le législateur prend la responsabilité de légiférer sur l'assistance au suicide, les éléments suivants devraient être pris en compte...*"⁹
- "*De même, si le législateur prenait la responsabilité d'une dépenalisation de l'euthanasie, la commission entend mettre en garde sur l'importance symbolique du changement de cet interdit...*"¹⁰

Sagesse, car la politique a sa propre logique. La preuve ? Malgré ce rapport, le Président s'est immédiatement prononcé pour un projet de loi qui sera présenté en juin prochain¹¹. Marisol Touraine, de son côté, n'a jamais caché qu'il y aurait une loi. Pour justifier cette volonté de réglementation, le communiqué de l'Elysée¹² précise curieusement que "*Le Président a pris également acte du constat établi que malgré les apports indéniables de la loi Leonetti, la législation en vigueur ne permet pas de répondre à l'ensemble des préoccupations légitimes exprimées par des personnes atteintes de maladies graves et incurables.*" Malgré l'expérience, la conviction que la loi règle tout reste en France très largement dominante chez les politiques... En attendant, la prochaine étape est la **saisine du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)** pour qu'il se prononce sur trois pistes d'évolution de la législation ouvertes par le rapport, nous précise le même communiqué :

- "*Comment et dans quelles conditions recueillir et appliquer des directives anticipées émises par une personne en pleine santé ou à l'annonce d'une maladie grave, concernant la fin de sa vie ?*
- "*Selon quelles modalités et conditions strictes permettre à un malade conscient et autonome, atteint d'une maladie grave et incurable, d'être ac-*

compagné et assisté dans sa volonté de mettre lui-même un terme à sa vie ?

- *Comment rendre plus dignes les derniers moments d'un patient dont les traitements ont été interrompus à la suite d'une décision prise à la demande de la personne ou de sa famille ou par les soignants ?*

Sur le fond toujours, la lecture du rapport frappe par le fait que, pour la Commission, **le sujet central** n'est pas celui du suicide assisté ou de l'euthanasie, mais bien celui des conditions dans lesquelles meurent nos concitoyens. Ce volumineux rapport fait le point sur ces questions de différents points de vue comme le montre bien la table des matières :

- 1 - La mort en France
- 2 - La médecine désarmée
- 3 - Les conséquences de ces réponses inadaptées sur les lieux de fin de vie
- 4 - La loi Leonetti, un chemin mal connu et mal pratiqué qui répond pourtant à la majorité des situations
- 5 - Les questions récurrentes au moment de la fin de vie... (dont, parmi d'autres, celle de la demande d'euthanasie...)
- 6 - Les réponses des expériences étrangères (dont la Suisse, les Pays-Bas, l'Oregon)
- 7 - Les dangers évoqués d'un immobilisme et d'un changement
- 8 - Propositions d'une solution à la française.

Certaines voix se sont dites déçues. Celle de l'ADMD¹³, ce n'est pas très surprenant puisqu'elle proclame en permanence son hostilité à un débat et son exigence d'ouverture d'un "droit" nouveau. Plus surprenant pour nous cette affirmation de Philippe Juvin, secrétaire national de l'UMP, qui juge le rapport "décevant" et "ambigu sur les questions clés". *"On attendait que le rapport Sicard nous éclaire dans le débat complexe sur l'euthanasie. En fait, sa lecture a plutôt pour effet de nous plonger dans des abîmes d'ambiguïtés"*, regrette-t-il¹⁴.

Ce n'est pas la lecture que nous faisons. Pour nous ce rapport se lit comme **un appel pressant au corps médical et à tous les soignants**, un appel à notre responsabilité, un appel au sursaut et à l'action. Les débats dont le rapport fait l'écho ont souligné partout une méfiance grandissante vis-à-vis du corps médical et l'inadéquation des structures, des modes d'organisation et des pratiques pour que nos concitoyens puissent mourir "correctement". C'est cela le corps du rapport. On peut sur ce point le trouver dur. On peut le trouver trop critique. On peut le trouver un peu paradoxal dans sa critique des soins palliatifs alors qu'il en demande beaucoup plus. Ce qui est vrai c'est qu'il nous interpelle fortement. Nous sommes tous conscients d'avoir fait des progrès considérables depuis les années quatre-vingt-dix et nous sommes tous conscients qu'il en reste à faire. Mais voilà, nous nous sommes sans doute un peu endormis, nous avons sans doute ralenti le rythme. Ce que montre le rapport c'est que la demande des Français reste très forte en termes de meilleure prise en charge de la mort. Leurs exigences aussi, qui s'expriment à la hauteur de leurs exaspérations ou de leurs désarrois. Le retard que nous prenons sur ces questions,

malgré tous nos efforts et nos progrès, se paye par une dégradation de la confiance qu'ils nous accordent, pire, par le début d'une suspicion potentiellement délétère.

Cela, la grande presse ne l'a pas suffisamment relevé. Mais le rapport ne se contente pas d'être critique. Il énumère toute une série, et même plusieurs séries de **propositions**, d'améliorations possibles, urgentes, faisables, peu coûteuses¹⁵. Le "yaka" se déplace. En termes d'urgences, il n'est plus d'ouvrir à un "droit" ambigu censé "régler" quelques affaires aussi rares que complexes, il est de prendre en charge plus dignement la fin de vie du plus grand nombre¹⁶. En cela ce rapport nous interpelle fortement. C'est pour cela qu'il faut le diffuser, le lire et le faire lire. Nous ne sommes pas les seuls à avoir cette lecture. Nous savons que, dans plusieurs établissements, réseaux, 3C¹⁷, CME¹⁸, certaines initiatives sont en cours à partir d'une lecture collective de ce rapport pour en tirer des conclusions en termes d'action¹⁹. Nous, cancérologues, sommes particulièrement concernés.²⁰

Ce rapport nous convainc qu'il y a urgence, plus que nous ne le pensions.

Le communiqué de l'Elysée en tient compte. *"Le Président a pris acte du constat posé sur les difficultés et les retards que connaît encore l'organisation de la prise en charge de la fin de vie dans notre pays. En particulier, l'absence de formation spécifique des médecins à ce sujet, le développement encore insuffisant de la prise en charge palliative des malades en fin de vie, y compris à domicile, la séparation excessive des approches curatives et palliatives dans les parcours de soins, constituent autant de pistes de progrès indispensables. Des mesures seront proposées par la ministre de la Santé et la ministre de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur avant la fin du mois de mai 2013."* Dont acte. Nous savons que ce sera difficile, que l'administration traînera les pieds comme elle l'a fait pour aider la mission Sicard. Nous savons que beaucoup réduiront la question à l'obtention de moyens supplémentaires qui seront rares et difficiles à obtenir. Si ce mot n'était pas galvaudé, nous dirions qu'il faut innover. Oui, il faut imaginer des solutions de prises en charge nouvelles, en plus d'améliorer encore, et rapidement les nôtres. A nous de nous emparer de ces "promesses" présidentielles pour exiger et obtenir des mesures significatives et à nous de nous prendre en main pour améliorer nos pratiques, significativement.

Cela ne veut pas dire qu'il faut lever le pied sur la question de l'euthanasie. En la matière, osons le dire, les politiques sont dangereux, et quand il y a danger il faut être vigilants, présents et actifs²¹. Pour autant l'urgence est tout autant ailleurs. Oui, vraiment, ce rapport est un véritable rappel à nos responsabilités.

Régulation, technicité, équité, efficacité

Du point de vue de la réglementation concernant la régulation des dépenses de santé, deux sujets ressortaient comme particulièrement importants lors des

discussions du PLFSS. Ils posent la question de l'articulation entre les impératifs de régulation, de technicité, d'équité et d'efficacité.

Il y avait **l'article 60**²² (ex-article 47 bis) sur la création d'un coefficient de minoration des tarifs nationaux des établissements de santé selon les catégories d'établissements. La question a été tranchée par le Conseil Constitutionnel qui a jugé que "*le législateur s'est fondé sur des différences de situation en lien direct avec l'objet de la loi et que le grief tiré de l'atteinte au principe d'égalité doit être écarté*". Tout reposera donc sur la capacité de l'Etat à être impartial, à se libérer du jeu des conflits d'intérêts qui le dominent souvent dans notre secteur d'activité, à sa capacité à autonomiser les objectifs de santé par rapport aux intérêts des élus en termes d'emplois et d'investissements locaux. Il est permis hélas de douter. Nous ne pouvons compter aujourd'hui que sur la pression des faits et sur l'impératif de productivité pour réduire la dette générée par le système. Ce n'est pas très réjouissant mais ce n'est pas rien non plus. Nos élus seront de plus en plus coincés entre les exigences de solidarité et d'accessibilité en matière de santé et ceux de la défense de l'emploi et de l'investissement local ou de ce qu'ils considèrent comme leur clientèle. Mais ils savent les Français très attachés à l'accessibilité au moindre coût à un système de santé de qualité. Là se joue en grande partie notre avenir.

Il y a encore le **Crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE)**. On sait que juridiquement, le Gouvernement ne peut en priver les cliniques, mais qu'il a décidé de récupérer son aide en baissant leurs tarifs. Cette volonté de discrimination politique est à la fois choquante et contre productive à un moment où, justement, le pays a besoin de la productivité des cliniques. Sans étude objective de fond, pour motifs de petite politique, les objectifs de convergence ont été supprimés. Dans les faits nous aurions ici l'organisation d'une divergence entre secteurs. C'est à la fois infondé, injuste, contre productif, et dangereux pour l'avenir car cela rendra les indispensables réformes futures encore plus difficiles. La FHP²³ se bat contre cette discrimination²⁴. Elle a été soutenue cette semaine par Laurence Parisot, Présidente du MEDEF²⁵. On reste assez stupéfait à ce nouveau manquement au devoir d'impartialité de l'Etat. Si l'Etat reconnaît qu'il y a un problème, tant mieux, mais alors qu'il s'y attaque en mettant à plat la vingtaine de dispositions qui différencient les établissements du point de vue fiscal selon leur statut. Tout le monde y gagnera en transparence, comme en équité, en simplicité comme en efficacité. Ce n'est hélas pas le choix qui semble être fait. Au contraire on irait vers plus de différences. Ces dispositions divergentes créent en effet un différentiel très à l'avantage de l'hôpital public et au détriment des hôpitaux et cliniques ESPIC et de statut privé. L'Etat, en plein conflit d'intérêts, choisit une fois de plus de privilégier ce qu'il considère comme "son" hôpital.

Près de 80 sénateurs UMP ont saisi le 20 décembre le Conseil constitutionnel d'un recours sur la troisième Loi de finances rectificative pour 2012, considérant notamment, que le dispositif du CICE "*porte atteinte au principe de sécurité juridique qui suppose qu'une disposition législative soit accessible et intelligible*". Ce recours juridique nous concerne donc indirectement mais forte-

ment, même si, du point de vue de l'intérêt du pays et de sa capacité à recréer des emplois, cela pose aussi question.

Nominations au Cabinet

La presse se faisait l'écho depuis un moment de difficultés au sein du cabinet de Marisol Touraine, puis de difficultés entre elle et son cabinet d'une part, le premier ministre Jean-Marc Ayrault et son cabinet d'autre part²⁶. Nous ne les avons pas évoquées n'ayant aucune information réelle sur ce sujet. Un conseiller, Christophe Lannelongue, a quitté le cabinet début décembre²⁷.

Ce jeudi un communiqué de la Ministre nous apprend que le cabinet est largement remanié. Son directeur, Jean-Luc Nevache, sera remplacé par Denis Morin, actuel Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales. Un nouveau directeur adjoint est nommé en même temps en la personne de Bruno Maquart.

Comment ne pas se réjouir ici de cette double nomination ? Ces deux personnalités ne sont pas nouvelles dans le secteur de la santé, mais leur parcours comme leur expérience sont très diversifiés. Sans doute, ces deux nominations ne peuvent pas être considérées par eux comme des promotions en termes de trajectoire de carrière. Ils ont en effet déjà occupé tous deux des postes de directeur de cabinet de ministres chargés de la santé. Accepter ces responsabilités ne peut donc se justifier que du point de vue d'une volonté d'action, de service de l'Etat. De plus, ils connaissent le système de santé de l'intérieur tout en ayant eu des formations comme des expériences autres, ce qui est toujours gage d'ouverture d'esprit et souvent aussi d'objectivité.

Denis Morin²⁸ est passé par plusieurs ministères et en particulier par Bercy. Il a longtemps été aussi à la Cour des Comptes. Cette expérience est particulièrement importante par ces temps de crise. Au début des années 2000, à la Cour des Comptes, il avait mené un travail sur l'ANAES²⁹ où sa hauteur de vue et son ouverture d'esprit l'avaient fait apparaître comme faisant partie de cette élite rare et précieuse que l'administration française sait produire et que beaucoup de pays nous envient. Avec curiosité et intelligence il avait su se pencher sur cet objet bizarre qu'était l'ANAES (indépendante, au sens de contrôlée par les professionnels, mais financée par l'Etat), non pour critiquer a priori, mais pour en comprendre le pourquoi avant de proposer un diagnostic. Cela l'avait amené immédiatement à la perception des enjeux liés à cette "indépendance", et en particulier à une accréditation qui ne pouvait être que de type "résultats médicaux" si elle voulait répondre à sa logique comme aux besoins de la société. Au début des années 2000, très peu avaient su avoir ainsi l'intelligence de l'institution. Les années qui ont suivi l'ont montré. Depuis, il a entre autres été directeur d'ARS³⁰, en région lyonnaise, ce qui lui donne une connaissance réelle du terrain.

Bruno Maquart³¹ a débuté au Ministère de la santé avant de se voir confier des responsabilités croissantes au sein des cabinets ministériels en charge du sec-

teur. Il y a été pionnier sur plusieurs dossiers. Citons en deux. Celui des coopérations qu'il comprenait comme une nécessité pour les pratiques comme pour les institutions, nécessité qu'il fallait accompagner et soutenir par un droit adapté. Ce dossier-là a hélas été ensuite instrumentalisé et tordu, la coopération institutionnelle devenant aspiration, la coopération dans les pratiques devenant transfert de tâches. Il est à reprendre. Second exemple, la chirurgie ambulatoire. Bruno Maquart en avait compris les enjeux pour les patients comme pour la société et nos établissements. Depuis, sur ce dossier, on a eu beaucoup de vent mais peu de concret. Pourtant, les enjeux demeurent. Il pourra donc nous donner une chance de sortir de l'incantatoire, pour reprendre l'expression de D. Sicard.

Durant les années 2000, Bruno Maquart a eu une expérience d'entrepreneur. Il a dirigé le centre national d'art et de culture Georges Pompidou, puis Agence France-Muséums dont on connaît les initiatives novatrices au plan international, avec en particulier le "Louvre Abou Dabi"³². Comment ne pas en avoir été enrichi !

L'arrivée de ces deux "poids lourds" au cabinet de la santé ne peut donc que nous réjouir car elle est le signe d'une capacité reconstruite d'aborder les immenses problèmes au fond de notre système de santé, avec objectivité, réalisme et sens de l'Etat comme du service public. Il y a tant à faire, et de façon si urgente !

- ¹ Penser solidairement la fin de vie - Rapport à François Hollande, Président de la République - Commission de réflexion sur la fin de vie en France - 18 décembre 2012
Le rapport (97 pages) est complété de 4 annexes (253 pages en tout) :
- Annexe 1 : Auditions, débats et déplacements.
 - Annexe 2 : Synthèse des débats.
 - Annexe 3 : Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Loi Leonetti ».
 - Annexe 4 : "Fiches contributives à la mission de réflexion sur la fin de vie" établies par Catherine HESSE - Membre de l'Inspection générale des affaires sociales et Amélie PUCCINELLI, Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales
- Cf. nos mails UNHPC 12/717 et 12/719, tous deux du mardi 18 décembre 2012 ou <http://www.elysee.fr/communiqués-de-presse/article/rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-france/>
- ² Cf. Agnès Leclair - « Zéro euro » pour une mission très ambitieuse - Le Figaro du 18 décembre 2012,
ou : *Une mission menée avec des bouts de chandelle* - Le Monde du 19 décembre 2012
- ³ Cf. par exemple :
- Marine Lamoureux - *Le rapport Sicard entrouvre la porte au suicide assisté* - La Croix du 18 décembre 2012
 - L'Express - *Euthanasie : le rapport Sicard ouvre la porte au "suicide assisté"* - 18 décembre 2012
 - Le Point - *Rapport Sicard : feu orange au suicide médicalement assisté* - 18 décembre 2012
- ⁴ Cf. NC - *Fin de vie : Didier Sicard dément avoir préconisé une assistance au suicide* - nc/ab/APM polsan - NCPLI006 18/12/2012 17:05 ACTU
Didier Sicard a d'emblée affirmé qu'il regrettait "*les informations parues dans la presse*" dans la matinée, a dit ne pas savoir "*d'où elles viennent*", et a jugé "*dénuées de tout fondement*" les allégations selon lesquelles la mission aurait recommandé l'autorisation du suicide assisté.
"*En revanche, nous disons que c'est une vraie question*", a-t-il déclaré. Il a indiqué que la mission avait reçu "*des centaines de lettres*" demandant une évolution de la législation en ce sens.
"*Si la France, qui a des tentations depuis quelques années*" en la matière "*le faisait, il faudrait qu'elle assume ses responsabilités*", a-t-il ajouté. Cela signifierait selon lui "*que la santé publique intervienne dans ce domaine*" et "*que la médecine, même si elle n'est pas directement partie prenante, ne se voile pas la face*".
- ⁵ Luc Ferry, écrivain français, ancien professeur de philosophie et ancien ministre de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche des premier et deuxième gouvernements Jean-Pierre Raffarin - Chronique - *Les arguments de l'Eglise contre l'euthanasie* - Le Figaro du 20 décembre 2012
A coup de citations habiles, Luc Ferry se complaît dans la description d'une souffrance soit disant "*rédemptrice*" en oubliant de rappeler que le Christ prenait soin de son prochain, guérissant les malades, ressuscitant les morts et que la "*souffrance*" du Christ n'est "*rédemptrice*" que dans la mesure où, d'après les croyants, elle démonte le mystère du mal en faisant la preuve que le "coupable" mis à mort n'est en fait qu'un innocent bouc émissaire. On est loin du sujet de Luc Ferry et nous ne sommes heureusement pas tous appelés à mourir de violence comme bouc émissaire nécessaire au retour de la paix civile.
- ⁶ Le rapport le note lui-même en page 86 : "*La religion a été quasiment absente des débats, alors que les courants associatifs partisans se sont largement exprimés*". La question, pour chacun, est bien celle de sa propre conception de l'homme et de sa fin dernière. Il n'y a pas de débat possible si l'interlocuteur est classé en fonction d'une appartenance supposée à un courant de pensée prédéterminé.
- ⁷ Cf. aussi la note 34 page 96. Elle suit cet élément de "conclusion" : "*Après ses recomman-*

- dations largement développées, la commission souligne avec force : [...] l'utopie de résoudre par une loi la grande complexité des situations de fin de vie. [...] : "« Ne légiférez qu'en tremblant, ou bien, entre deux solutions, préférez toujours celle qui exige le moins de droit et laisse le plus aux mœurs ou à la morale » Carbonnier Jean. *Flexible droit, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, EJA, Paris, 1998*",
- ou encore, p. 22 : "En conclusion, si la souffrance et la crainte de souffrir sont centrales, un aménagement de la loi ne fait pas l'unanimité. Les personnes ressentent la difficulté pour une norme générale de prendre en compte la diversité des situations. Un processus de décision collégiale apparaît à beaucoup comme une solution rassurante.",
- ou encore p. 93 : "Pour la commission, les critères qu'une loi voudrait imposer dans ce type de décision, ne pourront jamais contenir toute la complexité et la diversité du réel. Mais il paraît évident à la commission que dans l'esprit de la loi Leonetti, ce serait une sorte d'acharnement de « laisser mourir » ou de « laisser vivre » une personne, après arrêt de tout traitement et des soins de support. Aux yeux de la commission, cette grave décision relève d'édictons de recommandations de bonnes pratiques d'une médecine responsable, plutôt que d'une nouvelle disposition législative."
- ⁸ p. 94
- ⁹ p. 94 et 96
- ¹⁰ p. 96
- ¹¹ "Si le sujet n'était pas aussi sérieux, on ironiserait volontiers, se disant : « Tiens mais qu'est ce qui se passe, François Hollande deviendrait-il audacieux ? » Hier, peu après la remise du rapport du professeur Sicard sur la fin de vie en France, le président de la République a annoncé, en effet, qu'un projet de loi sera déposé au Parlement en juin 2013. Et cela alors même que le professeur Sicard venait de proposer à l'issue de sa mission « un changement culturel, mais pas de changement législatif »."
- Eric Favereau - *L'Elysée prend la fin de vie à bras-le-corps* - Libération du 19 décembre 2012
- ¹² Communiqué de presse de l'Elysée - *Remise du rapport du Professeur SICARD sur la fin de vie* - Mardi 18 Décembre 2012
- Cf. nos mails déjà cités ou <http://www.elysee.fr/communiqués-de-presse/article/remise-du-rapport-du-professeur-sicard-sur-la-fin-de-vie/>
- ¹³ ADMD : Association pour le droit de mourir dans la dignité
- ¹⁴ NC - *Fin de vie : le rapport Sicard suscite des réactions contrastées* - APM du 20 - décembre 2012
- Pr Philippe Juvin, chef du service des urgences de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), député européen et secrétaire national de l'UMP : "On attendait que le rapport Sicard nous éclaire dans le débat complexe sur l'euthanasie. En fait, sa lecture a plutôt pour effet de nous plonger dans des abîmes d'ambiguïtés. Ainsi, il est curieux d'ouvrir la porte au suicide assisté et de prétendre la fermer à l'euthanasie. Il est curieux aussi d'affirmer son opposition à l'euthanasie et d'écrire qu'on peut "lui (le patient) apporter la possibilité d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de sa mort (...) Le rapport Sicard est décevant. Il affirme et ne prouve pas. Il reste ambigu sur les questions clés".
- Fin de vie : le monde de la santé réagit au rapport du Pr Sicard* - Le Quotidien du Médecin du 19 décembre 2012
- ¹⁵ L'APM en a par exemple fait une dépêche entière : NC - *Fin de vie : les propositions de la mission Sicard pour l'organisation des soins* - APM du 18 décembre 2012 - nc/ab/APM polsan NCPLI007 18/12/2012 18:14 ACTU
- Ceux qui veulent aller vite peuvent se reporter aux "recommandations et réflexions" exposées pages 88 à 95. "La commission considère que ces propositions doivent mobiliser les pouvoirs publics et l'ensemble de la société de manière prioritaire."
- ¹⁶ "Il ne faudrait pas que le débat, se focalisant sur ce point [accompagner la fin de vie d'une sédation profonde], fasse l'impasse sur toutes les autres recommandations, feuille de route autrement exigeante, pour un gouvernement, que la mise en œuvre de l'engagement 21 d'un programme électoral. Car elle est une invitation à se soucier de la fin de vie bien en

amont, de faire de la mort un sujet de dialogue entre les soignants et leurs patients, un axe de formation des professionnels. Et implique que nous accompagnions autrement la grande vieillesse et la dépendance - ce sont elles qui font peur, souvent, plus que la mort elle-même. Et cette angoisse-là, ni l'euthanasie, ni la possibilité d'un suicide assisté ne la calmeront, si nos regards, si notre société, ne changent pas."

Dominique Quinio, directeur de la rédaction - *Éditorial - En amont de la mort* - La Croix du 18 décembre 2012

¹⁷ 3C : Centre de coordination en cancérologie

¹⁸ CME : Commission médicale d'établissement ou Conférence médicale d'établissement

¹⁹ p. 30 : *"La réflexion sur le « mourir » à l'hôpital reste largement insuffisante, alors que la loi Kouchner oblige à mener une réflexion éthique concernant l'accueil et la prise en charge des patients hospitalisés, jusqu'à la fin de la vie. Il existe trop peu de partage sur ce sujet dans les services de médecine curative. Cette carence, qui s'associe à un déficit des cultures de la réflexion palliative, ne peut continuer à trouver comme excuses le manque de moyens, de personnel, en occultant la nécessaire bienveillance que nous devons à chaque malade."*

²⁰ Le rapport nous épingle sur les RCP. *"Les consultations interdisciplinaires obligatoires depuis le Plan Cancer, comportant dès le début de la prise en charge la réunion de divers spécialistes, (radiothérapeutes, chirurgiens, chimiothérapeutes, internistes éventuellement) ne donnent pas de place à un spécialiste de soins palliatifs, alors même que l'annonce d'un cancer, malgré les guérisons fréquentes, devrait solliciter immédiatement la présence d'un tel médecin, dès lors que les soins palliatifs ne sont pas exclusivement des soins de fin de vie mais aussi des soins de support."*

²¹ *"Terminer sa vie dans la dignité, ce n'est pas mourir d'injection létale de la main d'un médecin. C'est ne pas être victime d'obstination déraisonnable ni de pratiques clandestines. Au total, la réflexion collective progresse, et le rapport y contribue. Chacun comprend bien qu'il n'y pas de bonnes solutions, mais que certaines sont moins mauvaises que d'autres. Reste à savoir jusqu'où on peut aller plus loin, sans aller trop loin. C'est une raison de plus pour qu'aucune décision ne soit prise dans le cadre d'une pseudo urgence parlementaire, résultant d'un bras de fer au sein de l'actuelle majorité présidentielle ou de surenchères pour servir tels ou tels intérêts politiques en utilisant leur niche parlementaire."*

Bernard Devalois, chef de service de l'unité de soins palliatifs du centre hospitalier René-Dubos (Pontoise) - Tribune - *Rapport Sicard : aller plus loin, mais pour aller où ?* - Le Figaro du 20 décembre 2012

²² L'article 60 de la Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 porte entre autres la création au code de la sécurité sociale de l'Art. L. 162-22-9-1. libellé ainsi :

I. - Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L.162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

II. - Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Pour la loi votée parue au JO du 18 décembre ainsi que les saisines du Conseil constitutionnel et les observations du gouvernement, cf. notre mail UNHPC 12/711 du 18 décembre 2012

²³ FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

²⁴ D'une part, comme le dit Jean-Loup Durousset *"L'asymétrie fiscale est en effet flagrante*

entre établissements de santé selon leur statut, cela au détriment du secteur privé, et si harmonisation fiscale il doit y avoir, la FHP y est favorable mais dans son intégralité". D'autre part, la FHP s'insurge contre la possible minoration de ses tarifs afin de « corriger » les bénéfices du CICE dans un contexte économique fragile où plus de 35 % des cliniques et hôpitaux privés sont en déficit.

Cf. : <http://www.fhp.fr/1-fhp/841-/841-/7379-credit-d-impot-competitivite.aspx>

²⁵ MEDEF : Mouvement des entreprises de France

²⁶ Cf. par exemple : *Marisol Touraine dans la ligne de mire de Matignon* - La Tribune du 17 décembre 2012

<http://www.latribune.fr/actualites/economie/france/20121216trib000737780/marisol-touraine-dans-la-ligne-de-mire-de-matignon.html>

²⁷ Christophe Lannelongue, responsable du pôle "organisation territoriale des soins" du Cabinet a été remplacé par François Crémieux. François Crémieux, directeur d'hôpital, était l'ARS d'Ile-de-France. En conseil des ministres, le mercredi 12 décembre 2012 et sur proposition de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, Christophe Lannelongue a été nommé nouveau directeur général de l'ARS Bourgogne.

²⁸ Diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris et d'HEC, ancien élève de l'ENA, Denis Morin, 56 ans, a occupé au cours de sa carrière différents postes au ministère de l'économie, en particulier à la direction du budget, soit dans l'administration, soit dans des cabinets ministériels (Michel Charasse, Martin Malvy, Dominique Strauss-Kahn, Christian Sautter, Laurent Fabius).

En 2000, il a rejoint le ministère de l'emploi et de la solidarité successivement comme directeur de cabinet de Martine Aubry, puis conseiller auprès de la nouvelle ministre, Elisabeth Guigou.

Il a été nommé conseiller maître à la Cour des comptes en décembre 2000. En 2002 et 2003, il a été rapporteur général chargé du rapport sur la sécurité sociale.

Denis Morin a dirigé le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) de septembre 2007 à octobre 2009, avant d'être chargé de préfigurer puis de diriger l'ARS Rhône-Alpes.

Il a quitté l'ARS Rhône-Alpes en octobre 2011 pour rejoindre à nouveau la Cour des comptes comme rapporteur général de la formation interchambres (FIC) sur l'exécution du budget et des comptes de l'Etat. Il avait été nommé secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le 3 octobre dernier.

²⁹ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

³⁰ ARS : Agence régionale de santé

³¹ Ingénieur agronome, ancien élève de l'ENA, Bruno Maquart (48 ans) est entré à l'Igas à sa sortie de l'ENA en 1992.

D'octobre 1995 à juillet 1997, il a été chargé de mission auprès du directeur des hôpitaux au ministère du travail et des affaires sociales de Claire Bazy Malaurie

En juillet 1997, il a intégré le cabinet de l'ancienne ministre de l'emploi et de la solidarité, Martine Aubry, d'abord comme conseiller technique chargé de la protection sociale puis comme directeur adjoint

Puis, il a rejoint le secteur de la culture en tant que directeur général du centre national d'art et de culture Georges-Pompidou à Paris, de mars 2001 à juillet 2007.

Il a été nommé au grade d'inspecteur général des affaires sociales en février 2004.

Après le centre Pompidou, Bruno Maquart a dirigé l'Agence France-Muséums jusqu'en 2010 puis a réintégré l'Igas.

Il est depuis novembre président du comité consultatif de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Denis Morin et Bruno Maquart venaient d'être nommés au conseil d'administration de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

³² Cf. : <http://www.agencefrancemuseums.fr/>

D'une année à l'autre

- ‡ Comment changer les comportements à risque ?
- ‡ T2A et qualité des soins
- ‡ Volume de la réglementation et des courriers aux adhérents
- ‡ Vœux pour la nouvelle année

**Pour que
l'année 2013
ressoude
la communauté
hospitalière
autour de
ses valeurs de service aux patients
et au pays !**

Date de parution : lundi 31 décembre 2012

Mots types : INCa - J. P. Moati - J. B. Herbet - N. Amsellem - Alcoolisme - Tabagisme - Activité physique - Dépistage - Alimentation - IRDES - Incitation - Z. Or - U. Häkkinen - Legifrance

C'est la dernière Chronique de l'année 2012. Elle gardera sa forme habituelle en relevant quelques faits d'actualité de la semaine qui nous paraissent particulièrement significatifs de nos métiers, de nos engagements, de notre avenir.

Nous évoquerons cette semaine deux publications.

L'une provient de l'INCa¹ et constitue une première. A la demande du Conseil Scientifique International, l'INCa se penche sur la question de savoir comment et à quelles conditions nous pouvons ou nous ne pouvons pas **influer sur les comportements à risque de cancer**. Il s'agit d'une voie de recherche très nouvelle en France. On peut néanmoins penser qu'elle est potentiellement plus efficace que beaucoup de nos interventions ou de nos médicaments. L'INCa a donc bien raison de suivre son Conseil Scientifique International et de se lancer, même modestement, dans cette "recherche-action" d'un type nouveau.

L'autre peut apparaître comme un article modeste, mais il est des articles modestes qui peuvent rendre de grands services. Il s'agit d'un document de travail publié par l'IRDES² sur **l'articulation entre T2A³ et qualité**. Dans le climat actuel il ose rappeler qu'être payé pour ce que l'on fait est en soi facteur de qualité. Il rappelle les données acquises de l'expérience, à l'étranger surtout. Il synthétise les grands choix à faire si l'on veut aller plus loin et instiller une prise en compte de la qualité dans les allocations de ressources dans le cadre de la T2A. Il le fait tout en restant concis et lisible. Il fait donc partie des articles qui viennent à point nommé et peuvent rendre de grands services.

En cette fin d'année, il est bon de faire le point sur **le volume de droit** que nous devons avaler et digérer en plus des informations nécessaires au maintien de nos qualifications et au développement de nos activités. C'est l'occasion de regretter une fois de plus l'incapacité de Legifrance à publier à nouveau les résultats de ses compteurs. C'est l'occasion aussi de faire le point sur nos propres envois, car ils sont aussi un indicateur de ce que doivent lire et mettre en œuvre nos établissements.

Nous terminerons en exprimant quelques **vœux** pour la nouvelle année.

Comment changer les comportements à risque ?

L'INCa a produit cette semaine un nouveau rapport intitulé "**Les changements de comportement à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs - Propositions pour la programmation de la recherche en prévention des cancers.**"⁴

Ce rapport a eu peu d'écho dans la presse. De même, si l'on fait une recherche sur Internet avec les mots clés "*comportement*" et "*cancer*" on ne trouve pratiquement que des pages consacrées aux signes du zodiaque. Plus de 4 millions ! Si l'on fait une recherche sur "*comportement et maladie du cancer*", on obtient près de 3 millions de réponses, mais elles concernent surtout les comportements en face d'un malade du cancer.

On peut regretter ce peu d'échos car ce petit rapport marque une orientation nouvelle et importante.

"Lors de sa réunion d'octobre 2011, le comité scientifique international de l'INCa a formulé le souhait et la recommandation que l'INCa se dote d'une stratégie de programmation de la recherche en prévention des cancers, axée sur les changements de comportements liés à la santé."⁵ "L'INCa et l'ITMO⁶ santé publique souhaitait que le groupe propose des pistes pragmatiques, le lancement d'un simple appel à projet, même spécifique, ne constituant pas une

*réponse suffisante à l'ensemble des questions soulevées par la demande du comité scientifique international."*⁷

*"Ce document reflète les réflexions et les propositions des membres de ce groupe d'experts, ainsi que des experts auditionnés".*⁸

*"Dans le système français, mais également à l'étranger, l'accent et les ressources sont à l'heure actuelle principalement mis sur la médecine curative, très peu sur la prévention. Il en est de même dans la recherche, ce qui limite notre capacité à identifier, tester et mettre en place des interventions efficaces dans ce domaine."*⁹

De quoi s'agit-il avant tout ? : de prévention du tabagisme, de prévention de l'alcoolisme, du dépistage du cancer, d'incitation à plus d'activités physiques et d'éducation à une alimentation saine et équilibrée. Bien sûr ce sujet nous amène à celui des inégalités sociales¹⁰. Sujet hélas d'avenir ! Raison de plus pour s'y pencher. Concernant l'alcoolisme et le tabagisme, *"la recherche devrait porter sur les approches de la dénormalisation, sur l'arrêt différencié du tabagisme"* chez les hommes, chez les femmes, chez les jeunes adultes, chez les adolescents¹¹...

Petit rapport qui, en fait, constate surtout le retard de la France sur ces sujets ou plutôt le peu d'études disponibles, le peu de recherches en cours et le peu de connaissances disponibles. On pourrait ajouter le peu de volonté d'agir. Les auteurs se recommandent de la charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé : *"La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuelle, ainsi qu'une dimension importante de la qualité de vie. Divers facteurs économiques, politiques, sociaux, culturels, comportementaux et biologiques peuvent la favoriser ou au contraire lui porter atteinte. La promotion de la santé a justement pour but de traiter, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé."*¹²

Le rapport fait pourtant plusieurs propositions qu'il soumet au Conseil Scientifique International *"afin qu'il en discute et qu'il propose des arbitrages entre les différentes pistes proposées."*¹³ Ces propositions sont présentées comme ressortant de *"plusieurs axes [qui] ont été identifiées pour déployer cette stratégie de programmation de la recherche"*¹⁴. 4 propositions concernent la formation, 3 la promotion de la recherche en prévention auprès des financeurs, 7 le soutien au projet, 3 la valorisation sous forme de développement de la reconnaissance de ce domaine de recherche, 1 la coordination, 1 le transfert¹⁵.

En conclusion le groupe de travail présidé par Jean-Paul Moati et coordonné par Jean-Baptiste Herbet et Norbert Amsellem précise qu'il *"n'avait pas le mandat et encore moins la disponibilité, ni les moyens, de réaliser une expertise collective sur le sujet de la recherche sur les changements de comportements liés à la santé. Toutefois ces travaux ont permis de faire un état des lieux de la recherche en ce domaine en France. Il apparaît clairement qu'à l'instar d'autres grands pays, celle-ci est parcellaire et mériterait largement d'être soutenue."*¹⁶

En fait il s'agit surtout de créer un climat favorable à ces recherches et de développer une recherche-action qui permette de déboucher aussi rapidement que possible sur des orientations et des décisions reprises et mises en œuvre par les décideurs et par les professionnels.

Malgré ses limites, ce petit rapport ouvre des perspectives nouvelles aussi nécessaires qu'urgentes. Pourvu qu'il soit suivi d'effets ! En attendant, et pour cela aussi, il méritait d'être signalé.¹⁷

T2A et qualité des soins

L'IRDES vient de publier un "document de travail"¹⁸ sous le titre "**Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?**"¹⁹. Le titre est provocateur. L'article ne l'est pas. Il est de style "scientifique".

Compte tenu des projets de réforme en cours²⁰, cet article vient à point nommé. En même temps, comme le constatent les auteurs, en France comme en Europe, ce genre d'article est relativement rare. Il y a donc une double raison de se réjouir de sa parution.

Dès l'introduction les auteurs se calent sur le rappel des "*objectifs communs aux différents pays : assurer une plus grande transparence dans le financement (financement lié à la production des soins) ; rendre le financement plus équitable (même prix pour le même service) ; améliorer l'efficacité (incitations à mieux utiliser les ressources hospitalières)*".²¹

Pour les auteurs : "*Cet article examine les effets potentiels de la T2A sur la qualité des soins à l'hôpital et développe les options possibles pour faire évoluer ce mode de paiement en intégrant la qualité.*"²² Les renvois à la "littérature" sont nombreux mais l'article reste accessible et facile à lire. Il cherche à répondre successivement à plusieurs questions : "*La qualité des soins : pourquoi s'en préoccuper ?*" ; "*L'impact de la T2A sur la qualité : enseignements de la littérature*" ; "*Comment intégrer la qualité au paiement ?*".

Les auteurs, "*pour simplifier*" disent-ils, identifient "*trois options d'ajustement : premièrement au niveau hospitalier, deuxièmement au niveau individuel du patient et troisièmement au niveau du GHM (prise en charge spécifique)*"²³. Ils donnent plusieurs cas concrets pour chacune de ces options et soulignent les conditions nécessaires à leurs réussites. ils en concluent : "*qu'on peut ajuster le revenu des hôpitaux sur la base d'indicateurs de qualité en récompensant les progrès effectués, conditionner le paiement à la qualité des soins mesurée au niveau des patients ou ajuster les tarifs pour encourager les pratiques considérées comme efficaces, pertinentes et de bonne qualité. Cependant, la mise en œuvre de tels dispositifs nécessite au préalable de prendre certaines précautions*"²⁴. Mais aussi : "*la T2A peut constituer un risque en termes de qualité des soins à l'hôpital mais elle fournit également l'opportunité de l'améliorer. En stimulant une meilleure description des traitements à l'hôpital, elle donne la possibilité d'encourager de manière explicite des pratiques*

et traitements considérés de qualité, de pénaliser des pratiques inappropriées ou d'accorder des financements pour améliorer le processus et les résultats de soins, y compris le vécu des patients. Cette démarche nécessite un investissement continu dans les données et indicateurs permettant de comprendre les différences de pratiques médicales et de surveiller à la fois la qualité et les coûts des soins fournis."²⁵ Beaucoup penseront que tout cela est bien banal. Certes. Mais dans le contexte et dans le climat actuels on peut aussi considérer cela rafraîchissant. C'est notre cas. On se prend à rêver que le Comité de réforme de la tarification hospitalière qui vient d'être mis en place démarre ses travaux sur une note de ce type, compréhensible par tous et objective dans la mesure où elle est fondée sur des expériences concrètes et évaluées. Ce serait un bon support d'animation sur le sujet.

Nous voyons une autre qualité à cet article. Il nous restitue de façon simple les enseignements que l'on peut tirer de nombreuses expériences étrangères. Or, on le sait, très rares sont les Français qui ont une connaissance de ces expériences étrangères et très rares sont les fonctionnaires qui peuvent se déplacer. Nous avons autrefois, dans l'équipe initiale, un "spécialiste" en la personne de Jean-Marie Rodrigues. Gérard de Pourville a souvent apporté ses contributions. Il y a bien des organisations et des colloques qui permettent aux spécialistes du codage d'échanger leurs expériences, mais il n'y en a pas qui permettent aux décideurs d'échanger directement sur les pratiques concrètes de la T2A, sur les grands choix d'orientation, sur l'impact de ce qui a été mis en œuvre²⁶. Martine Aoustin, du temps où elle était Directeur Opérationnel de la Mission Tarification à l'Activité, discrètement mais efficacement, avait organisé des rencontres entre responsables opérationnels européens. Elle ne se cachait pas de vouloir institutionnaliser la démarche. Un colloque avait été organisé en 2005²⁷. D'autres devaient suivre. En fait, il semble que ces initiatives heureuses n'ont hélas pas eu de suite. Pourtant l'expérience prouve que quelques échanges d'expériences avec des responsables étrangers permettent souvent d'avancer plus vite que de très nombreuses réunions de "concertation"... Modestement, cet article contribue donc à combler un vide. De ce point de vue là aussi, il est précieux²⁸.

Pour rassurer le lecteur qui pourrait nous trouver trop louangeur, notons quand même quelques limites à cet article.

Les auteurs se plaisent à souligner, comme de rigueur en France, que les *"fournisseurs de soins (établissement) souhaitent couvrir leurs frais ou maximiser les profits (dans le cas des hôpitaux privés à but lucratif) [...]"*²⁹. C'est inutilement agaçant, car ça n'apporte rien. Un lecteur étranger pourrait se demander pourquoi une telle affirmation si elle n'est pas balancée par une autre du type "maximiser les surplus (dans le cas des hôpitaux publics)".

On sent les auteurs très attirés par l'évaluation des "résultats médicaux" mais, comme souvent en France, ils se bloquent en les confondant trop avec *"des résultats en termes de santé"*³⁰ alors que le "résultat" doit ici se comprendre comme l'atteinte des objectifs préalables.

C'est bien de noter que *"l'impact du paiement prospectif à l'activité dépend de la situation économique des hôpitaux (efficience) avant son introduction"*³¹,

mais on aurait aimé que les auteurs soulignent aussi que l'impact de la T2A dépend tout autant de la liberté d'initiative et d'organisation qui est laissée aux hôpitaux. On sait que nous sommes ici en pleine contradiction. Les alertes de la Cour des Comptes n'ont pas suffi. Il faut donc y revenir sans cesse.

Les auteurs sont très légers sur l'inévitable fonction de contrôle qui doit être mise en place avec la T2A. Ils ne disent mot de l'exercice d'une fonction achats formalisée - prix qualité délais - qui sera un jour bien indispensable. Lorsqu'il y a plus de 20 ans nous en étions encore au stade "expérimentation" nous étions tous d'accord, au moins dans le privé, pour "expérimenter" des systèmes de contrôle beaucoup plus élaborés que ce qui existe aujourd'hui. La question de la présence physique et permanente d'un médecin contrôleur avait été évoquée sur le modèle de ce qui existe souvent dans l'industrie ou l'agriculture. Les auteurs se contentent d'affirmer, fort justement d'ailleurs, que "*dans la plupart des pays européens où la T2A est mise en place pour financer les hôpitaux, la surveillance de la qualité des soins semble être inadéquate et insuffisante...*"³².

On aurait aussi aimé que les auteurs essayent de faire un bilan en termes d'avantages inconvénients et d'efficacité relative des approches par bonification de la qualité - très en vogue mais que l'on sait peu efficace - et pénalisation de la non-qualité - que l'on sait beaucoup plus incitative.

Bref, ce petit article ne pouvait pas tout couvrir et il a ses propres limites, mais il n'en demeure pas moins qu'il devrait être très utile et, qu'en tous les cas, il propose une synthèse très opportune par les temps qui courent. C'est pour cela qu'il nous paraissait justifié de le signaler ici.³³³⁴

Volume de la réglementation et courriers aux adhérents

L'avalanche des textes n'a pas ralenti cette année.

La rubrique "**Evolution du volume des textes**" figure toujours sur l'écran d'accueil de **Legifrance**, mais lorsqu'on essaye de la rejoindre on a encore et toujours le message "*Rubrique en cours de refonte.*"³⁵

La rubrique "*Evolutions techniques et graphiques*" nous confirme qu'à "*titre transitoire*", la rubrique "*Évolution du volume des textes*" est "*indisponible*".

Pas de précision non plus dans le dernier rapport du Conseil d'orientation de l'édition publique et de l'information administrative, paru en mai 2011³⁶.

Lorsqu'on consulte la rubrique "*Quoi de neuf sur Legifrance ?*" on constate pourtant que le site est vivant et bénéficie chaque mois d'améliorations souvent importantes.

Alors que se passe-t-il ? Nous n'avons plus accès à cette évaluation du volume de droit produit par grand secteur depuis 5 ans !³⁷ La dernière mise à jour accessible de cette évaluation du volume de droit produit en France par grand secteur remonte maintenant à décembre 2007 ! Nous l'avons souvent regretté

ici. Peut-être faudra-t-il le dénoncer ? C'est d'autant plus regrettable que notre secteur, champion toutes catégories, doit de plus en plus souvent faire face à de nouvelles productions quasi réglementaires : chaque Agence produit du droit ou des recommandations assimilables à du droit. Les "Guides" de toutes sortes se multiplient. Les "décisions" aussi. On parle de "livrables" tant leur nombre et leur diversité est grande. Il faudrait donc en fait que Legifrance publie à nouveau sa rubrique "*Évolution du volume*" comme elle le faisait (nombre de signes, nombre d'articles...) mais la complète aussi d'un décompte de toute la production des Agences d'État ou assimilées. On aurait ainsi une vue un peu objective de cette inflation réglementaire qui nous ronge.

Plus modeste, mais il s'agit d'un indicateur tout de même : nos **envois à nos adhérents**. Leur nombre est effrayant mais ils sont très probablement nécessaires : nous ne recevons en effet que des encouragements à poursuivre, même si chacun doit faire un tri et que nous nous efforçons de simplifier.

Au seuil de l'été 2012 nous avons 11 % d'envois en plus que l'année précédente (408 pour 367). Il est vrai que le rythme décélèrait par rapport à 2010 (714 envois en 2011 pour 569 en 2010 soit + 25 %). Cela nous a quand même incités à vérifier si la dérive ne venait pas de nous. Il semble que non. Le champ de ce que nous envoyons à nos adhérents n'a pas varié sur ces dernières années.

En cette fin d'année, où en sommes-nous ? Il se peut qu'il y ait quelques envois après la rédaction de cette Chronique, mais en gros nous serons à 740 envois sur 2012 pour 714 en 2011, soit 3,4 % de plus. En fait, sur l'année, peu de changements donc. La fin d'année a vu le rythme décroître. Le changement de Gouvernement doit y être pour quelque chose. En l'occurrence, tant mieux.

Mais les chiffres restent impressionnants. Un établissement qui fait de la cancérologie reçoit donc plus d'un courrier par jour calendaire. Beaucoup de nos courriers, même s'ils sont centrés sur un seul sujet, transmettent en fait plusieurs documents. Si l'on compte 253 jours ouvrés sur 2012, cela fait près de 3 envois par jour ouvré ! Effrayant.

Là-dessus il faut compter 190 envois de réglementation nouvelle au sens strict, avec là aussi, souvent, plusieurs textes. 42 décrets, 99 arrêtés...

Les pharmaciens sont bien lotis. Une bonne part de cette réglementation les concerne, mais ils reçoivent en plus 107 "*Avis relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques*" ou autres "*Arrêtés modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux*" qui leur sont spécifiques : plus de deux par semaine rien que pour la cancérologie !

L'INCa maintient son rythme : ses documents ont fait l'objet de 118 envois cette année pour 117 l'an dernier. Loin devant la DGOS³⁸ (48) ou la HAS³⁹ (58), ce qui est logique concernant la cancérologie...

Nous avons fait un peu moins d'envois de "*rappports*" officiels : 89 cette année pour 102 l'an dernier.

Comme les années précédentes ces chiffres soulignent un vrai problème⁴⁰. Il faut aux Établissements une véritable organisation pour gérer cette masse de documentation ou de réglementation. Si nous étions comme tous les autres, établissements français ou étrangers, il faudrait sans doute l'accepter. Mais nous savons grâce à Legifrance que nous sommes caricaturaux à double titre. Nous le sommes lorsque nous nous comparons aux autres pays. Nous le sommes dans le secteur de la santé car nous avons de loin la plus grosse production et jusqu'en 2007, nous étions en plus sur un rythme de croissance de loin le plus fort.⁴¹ Avec, entre autres, HPST⁴², cela n'a pas dû changer.

La reprise de l'évaluation régulière et objective de Legifrance nous est vraiment nécessaire pour mesurer objectivement ces dérives et convaincre nos Tutelles qu'il s'agit d'un vrai sujet et non de simples jérémiades, car, bien sûr, chacun est légitimement convaincu de bien faire...

Vœux pour la nouvelle année

La parution de cette dernière Chronique de l'année nous donne l'occasion de remercier nos lecteurs pour leur fidélité et d'exprimer notre reconnaissance toute particulière à ceux qui prennent le temps de nous envoyer critiques, suggestions et commentaires. Rien n'est plus encourageant pour continuer lorsqu'on est pris de doutes sur l'utilité de ce sport hebdomadaire !

La date de parution nous donne aussi l'occasion d'adresser tous nos vœux les meilleurs à nos lecteurs, pour eux personnellement, leurs proches, et leurs équipes, qu'ils soient adhérents à l'UNHPC ou qu'ils exercent dans le public, le privé, en établissement ESPIC⁴³ ou qu'ils soient membres de nos administrations ou de nos Agences.

Ils nous permettront aussi d'exprimer quelques vœux dont certains sont plus spécifiques pour nos équipes, les dirigeants des cliniques et hôpitaux privés, leurs salariés et les médecins libéraux qui y exercent :

- pour que les promesses de l'Etat qui nous concernent soient enfin tenues, au moins dans la même proportion qu'elles l'ont été pour nos collègues d'autres statuts et tout particulièrement en radiothérapie, oncologie médicale, anatomopathologie, pour l'accès aux essais cliniques... ;
- pour que le nouveau Plan Cancer nous prenne en compte à notre juste place, dans sa préparation comme dans sa réalisation, tant en ce qui concerne nos établissements qui dépendent de l'Etat que les médecins libéraux qui y travaillent qui dépendent des organismes de Sécurité Sociale ;
- pour que cesse enfin la suspicion et l'ostracisme croissant vis-à-vis de la médecine libérale et des cliniques que nous avons connus sur 2012 et que les Pouvoirs Publics retrouvent, dans le secteur de la santé, le sens de l'impartialité de l'Etat et de l'intérêt général ;

- pour que les nouveaux chantiers débouchent sur une réelle amélioration de notre système hospitalier et sur une saine prise en charge des évolutions des pratiques : molécules onéreuses, transfert vers la ville, réseaux, financement du parcours de soins, délégations de tâches, maintien des qualifications, réforme de la T2A...
- pour que les débats éthiques et anthropologiques ouverts par nos responsables politiques débouchent sur plus d'humanisation de nos sociétés et de nos pratiques en établissements ;
- pour que, malgré la crise et son cortège croissant de misères, nous arrivions à sauvegarder le pouvoir d'achat de nos équipes, à développer l'emploi, et que, dans la mesure où la société arrive à solvabiliser la prise en compte de ces misères nouvelles, nous trouvions en nous assez de créativité pour développer des activités nouvelles capables d'y répondre ;
- et enfin pour que l'année 2013 soit féconde pour l'UNHPC qui évoluera, comme prévu, tant dans ses statuts que dans son encadrement.

Bonne année 2013 à tous les hommes et toutes les femmes qui développent et font vivre notre système hospitalier. Qu'ils puissent continuer en 2013 à s'appuyer sur ses valeurs de service aux patients et au pays, de solidarité et d'accessibilité à des soins opportuns et de qualité !

¹ INCa : Institut national du cancer

² IRDES : Institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

³ T2A : Tarification à l'activité

⁴ Cf. mail UNHPC 12/710 du 18 décembre 2012 ou http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9337-les-changements-de-comportements-a-risque-de-cancer-decembre-2012

⁵ p. 5

⁶ ITMO : Institut thématique multi-organismes

⁷ p. 5

⁸ p. 5

⁹ p. 7

¹⁰ *"Les populations les plus défavorisées socialement, et notamment les personnes en situation de chômage, paraissent moins réceptives aux alertes informant de la nocivité du tabac. Les préoccupations concernant leur santé et les comportements à risque leur apparaissent comme secondaires et lointains au regard des difficultés auxquelles elles se trouvent confrontés au quotidien ; en outre, le tabagisme est souvent invoqué comme une ressource pour faire face, le dernier plaisir qu'on s'autorise. La précarité professionnelle semble amoindrir la capacité de projection dans l'avenir et donc la prise de conscience des conséquences futures des conduites présentes."* (p. 8) Eh oui !, Messieurs les chercheurs, est-on tenté de dire...

La Charte d'Ottawa disait déjà, en 1986 :

"Conditions indispensables à la santé."

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- *se loger,*
- *accéder à l'éducation.*
- *se nourrir convenablement,*
- *disposer d'un certain revenu,*
- *bénéficier d'un éco-système stable,*
- *compter sur un apport durable de ressources,*
- *avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.*

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé."

"Promotion de la santé" - Charte d'Ottawa - OMS 1986 - p. 5

Cf. : http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf

11 p. 23

12 p. 41

13 p. 5

14 p. 42 et p. 44

15 Cf. pp 44 à 47 du rapport

16 p. 48

17 Parmi les initiatives allant dans le même sens, signalons cette semaine l'annonce du développement du programme d'accompagnement des patients "Santé active" mis en place par une dizaine de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en 2012 et qu'une vingtaine d'autres devraient mettre en place en 2013. Ce programme "vise à rendre les assurés acteurs de leur santé grâce à des conseils et à un accompagnement personnalisé".

Cf. <http://www.masanteactive.com/consultation/> et APM - *Le programme d'accompagnement des patients "Santé active" en voie de généralisation* - vg/eh/APM polsan - VGPLR001 28/12/2012 10:43 ACTU

18 L'IRDES précise bien que "la collection des documents de travail de l'IRDES est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse des méthodes économiques appliquées au champ de la santé de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue des auteurs exprimés dans les documents de travail ne reflètent pas nécessairement ceux de l'IRDES. Les lecteurs des documents de travail sont encouragés à contacter leurs auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions."

19 Zeynep Or (Irdes) Unto Häkkinen (THL) - *Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?* - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) - Document de travail n° 53 - Décembre 2012 - 20 pages

La version initiale de cet article est réalisée dans le cadre du projet européen 'Euro-DRG-Diagnosis-Related Groups in Europe: Towards Efficiency and Quality' qui a été financé par la Commission européenne dans le cadre du programme de recherche sur la santé (FP7). [Project reference : 223300].

Cf. mail UNHPC 12/734 du 26 décembre 2012 ou <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsTravail2012.html>

20 Il faut bien sûr faire mention ici des réunions de travail "Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité - IFAQ" qui se tiennent chaque mois à la DGOS afin de déterminer les règles qui présideront à l'expérimentation prévue. On ne peut que se réjouir du succès du projet. 450 établissements se sont portés candidats, ce qui dénote une réelle volonté stratégique. Rappelons en effet qu'aucun n'est sûr de "toucher" un bonus. Compte tenu de ce succès, le "panel" retenu a été augmenté. Ce sont finalement 222 établissements qui participeront à l'expérimentation dont 78 "ex OQN". Mais il est hélas permis de douter de l'efficacité de ce qui se prépare. D'une part les expériences internationales montrent que contrairement à ce qu'on espérait, jusqu'à maintenant, les incitatifs positifs à la qualité ne changent pas grand-chose et que les pénalisations pour mauvaises pratiques sont plus efficaces. D'autre part, si d'un point de vue universitaire on peut être admiratif de la complexité des méthodes

et de la qualification des experts, d'un point de vue pratique on sait que pour qu'une politique incitative marche, il faut qu'elle soit très simple, immédiatement compréhensible et complétée d'une communication claire et forte. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire. En plus il faudra compter avec les nouveaux chantiers ouverts par la Ministre, en particulier le "Pacte de confiance" et les travaux du "Comité de réforme de la tarification hospitalière". Sans compter avec les autres chantiers plus ponctuels comme, par exemple, le serpent de mer de la "priorité" de la chirurgie ambulatoire, ou les initiatives d'incitations développées par la CNAM à destination des médecins... Tout cela devra être articulé. L'incitation financière à la qualité reste un sujet d'avenir.

21 p. 5

22 p. 5

23 p. 12

24 p. 15

25 p. 16

26 Seuls les travaux plus "universitaires" suscités par les grandes organisations internationales (Europe, OCDE, OMS...) existent. Ils sont indispensables. Cet article est d'ailleurs issu d'un programme européen. Mais ils ne suppléent que partiellement au manque de concertation entre décideurs. Rappelons une fois de plus que si celle-ci existait, nous aurions sans doute été capables d'homogénéiser nos systèmes de DRG lors du choix fait par l'Allemagne au tout début des années 2000. Le pilotage de nos systèmes en aurait été profondément modifié et bonifié.

27 *T2A : Expériences européennes - « Conférence on European casemix-based hospital prospective payment systems »* - Colloque co-organisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Mission Tarification à l'activité - Jeudi 10 et vendredi 11 février 2005 - Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille Salle Pierre Laroque

"La Mission T2A a noué des contacts partout en Europe afin de recueillir des informations fruits de l'expérience de nos voisins et d'en tirer les leçons."

Les actes sont encore téléchargeables sur <http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDUQFjAA&url=>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/252Facts_fr.pdf&ei=bLTgUNzBOofC0QW1g4DwCA&usq=AFQjCNFjPr6fr1f6fRVzB58y5cK7ty2jA&bvm=bv.1355534169.d.d2k

28 Signalons à nouveau ici le livre récemment édité par l'European Observatory on Health Systems and policies de l'OMS sous le titre *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (Les systèmes de type PMSI en Europe : vers plus de transparence, d'efficacité et de qualité dans les hôpitaux). Intéressant et instructif, mais 458 pages en anglais, ce n'est pas à la portée de tout le monde et c'est difficilement exploitable comme outil d'animation...

Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin and Miriam Wiley - *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* - Published by Open University Press - European Observatory on Health Systems and Policies Series - 2011- ISBN 978 0 33 524557 4

Cf. mail UNHPC 12/257 du 11 avril 2012

ou <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/diagnosis-related-groups-in-europe>

29 p. 7

30 p. 6

31 p. 9

32 p. 11

33 Sur ces sujets, signalons aussi la parution cette semaine d'un article du New England. Il est intitulé : "Les codes de facturation aux urgences traduisent une complexité croissante - les patients sont-ils plus malades, les pratiques sont-elles plus intensives ou les codes de facturation sont-ils surévalués ?" Aux USA, l'inspection du Ministère de la santé vient de faire

un rapport sur le niveau facturation croissant des hôpitaux à Medicare. L'auteur passe en revue les multiples causes possibles de la même évolution des facturations des urgences dans les hôpitaux américains.

Stephen R. Pitts, M.D., M.P.H. - *Higher-Complexity ED Billing Codes - Sicker Patients, More Intensive Practice, or Improper Payments?* - n engl j med 367 ; 26 nejm.org december 27, 2012

³⁴ En France, sur ces sujets, parmi les initiatives importantes et intéressantes, mais hélas trop discrètes, signalons les Séminaires DREES tenus les mardi 29 novembre 2011 et lundi 30 janvier 2012 sur "*Les modes incitatifs de rémunération des soins*".

³⁵ Cf. : <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Statistiques-de-la-norme>

³⁶ Conseil d'orientation de l'édition publique et de l'information administrative - Rapport 2010 présenté à Monsieur le Premier Ministre en application de l'article 1^{er} du décret n° 2010-32 du 11 janvier 2010

Cf. : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000302/index.shtml>

³⁷ Gérard 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

Cet article avait été fait à partir des statistiques de Legifrance et à l'occasion du bel engagement de Roselyne Bachelot : "*J'ai fixé à mes services cet impératif responsable : que ma prochaine loi supprime plus d'articles des codes qu'elle n'en crée ! J'espère que nous réussirons. Ne subissons pas comme une fatalité l'inflation législative et réglementaire qui ne simplifie la vie de personne et que nos concitoyens réprouvent !*" Roselyne Bachelot-Narquin ; Discours prononcé à Hôpital Expo 2008 ; Paragraphe : "*Cette philosophie de la responsabilité détermine l'esprit de notre réforme*" ; Paris, le mardi 27 mai 2008

³⁸ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

³⁹ HAS : Haute autorité de santé

⁴⁰ Comme le dit Jean de Kervasdoué dans son très bon article signalé la semaine dernière "*le monde doit être ce que les lois prétendent. Pourquoi l'observer ? Pourquoi évaluer les politiques publiques ?*"

Jean de Kervasdoué - *Plus souvent prétexte que volonté de changement, la réforme en santé - La réforme perpétuelle - Inflexions n° 21 - La Documentation française - pp. 155 à 164 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303334100215/index.shtml>*

⁴¹ "*En termes de volume de droit comme d'évolution quantitative, le secteur de la santé domine très largement.*

En volume, sur les 64 Codes regroupés en 14 domaines, il représente à lui seul 22,9 % du nombre total de signes, loin devant ses poursuivants : Justice 13 %, Economie, 11 %, Transports, Agriculture... La santé bénéficie de 75 % de textes en plus que la Justice, de 117 % de plus que le budget et la fiscalité réunis, de 119 % de plus que l'économie, la finance et l'industrie, de 9 fois plus de textes que l'éducation, l'enseignement supérieur et la recherche réunis.

En termes d'évolution en pourcentage, sur la période 1/7/05 - 1/7/07 détaillée par Legifrance, la Santé se contente d'être au dessus de la moyenne, à + 13,7 %. Cela se traduit par une augmentation de volume de + 1,9 million de signes (une collection de 11 Que sais-je, soit deux pages par jour calendaire). En croissance de volume la Santé repasse donc en tête, très largement devant la Justice qui ne fait que + 1,1 million de signes supplémentaires ! A lui seul ce volume supplémentaire "santé" fait 24 % de l'augmentation totale du volume des 64 codes. Le secteur accroît donc encore sa part relative et c'est bien ce volume qu'il faut que les professionnels intègrent dans leurs pratiques."

Article cité, Le Nouveau Cancérologue

⁴² HPST : Loi "hôpital patient santé territoire" dite Loi "Bachelot" - Loi 2009-879 du 21/7/2009

⁴³ ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Les applications smartphones de l'UNHPC

Téléchargement gratuit - Pour iPhone, iPad, iPod et Android



MediSigles[®]

Dictionnaire des sigles médicaux

43.000 sigles utiles pour se repérer
dans le système de santé
Dec. 2012 : version 3.1

Le plus gros dictionnaire spécialisé au monde.
Un gros succès international.

Recherche sur le sigle ou sur sa signification.

Indépendant d'Internet, mais si vous avez une connexion, MédiSigles propose une recherche directe du sigle sur Wikipedia et de la signification sur Google : une garantie de pages homogènes.

MediSigles est un véritable outil de travail que vous utiliserez en permanence, en réunion, au cours de la lecture d'un article, pour suivre un exposé, pour vos recherches personnelles. Toujours à portée de main, il vous fera gagner un temps précieux.

Copie et envoi par mail automatisé avec l'intégralité des informations.



Sur iTunes : <https://itunes.apple.com/fr/app/medisigles/id301625277?mt=8>



Sur Android : https://play.google.com/store/apps/details?id=info.fredericb.medico&feature=search_result#?t=W251bGwsMSwxLDEsImluZm8uZnJlZGVyaWNiLm1lZGljbyJd



T2ATarifsMCO®
Les tarifs T2A
des hôpitaux et cliniques
en médecine, chirurgie, obstétrique
France entière

2010 - 2011

Avril 2011 : version 2.0



Chaque tarif est directement accessible par le n° de GHM, le n° de GHS ou un mot caractérisant le motif de l'hospitalisation ou de la prestation.

Tous les tarifs des campagnes tarifaires **2010-2011**.

Les tarifs "publics" et "privés" correspondant à un même GHM sont présentés ensemble (avec les précautions d'emploi).

Données reprises des arrêtés fixant pour les années 2010 et 2011 les éléments tarifaires des établissements de santé.

Plusieurs écrans :

- 1 - les tarifs sur deux ans
- 2 - les grandes caractéristiques du GHM 2009, pour chaque statut d'établissement
- 3 - les tarifs repères
- 4 - une comparaisons public-privé avec honoraires

Application autonome ne nécessitant pas Internet.

Sur iTunes : <https://itunes.apple.com/fr/app/t2a-tarifs-mco/id361656425?mt=8>





T2ATarifsMCO 2012[©]
Les tarifs T2A
des hôpitaux et cliniques
en médecine, chirurgie, obstétrique
France entière

2011 - 2012

décembre 2012 : version 3.2



Chaque tarif est directement accessible par le n° de GHM, le n° de GHS ou un mot caractérisant le motif de l'hospitalisation ou de la prestation.

Tous les tarifs des campagnes tarifaires **2011-2012**

Les tarifs "publics" et "privés" correspondant à un même GHM sont présentés ensemble (avec les précautions d'emploi).

Données reprises des arrêtés fixant pour les années 2011 et 2012 les éléments tarifaires des établissements de santé.

Plusieurs écrans :

- 1 - les tarifs sur deux ans
- 2 - les grandes caractéristiques du GHM 2011, pour chaque statut d'établissement
- 3 - les résultats de l'étude ATIH "Adéquation financement - charges"

Application autonome ne nécessitant pas Internet.

Sur iTunes : <https://itunes.apple.com/fr/app/t2a-tarifs-mco-2012/id510743317?mt=8>





CITATIONS Q-H®
Dictionnaire de citations
relatives à la qualité hospitalière
décembre 2012 : version 2.2

Citations Q-H est un très gros dictionnaire de termes significatifs de la qualité hospitalière et de la gestion des risques en établissements de santé - hôpitaux et cliniques, centres de radiothérapie... -.



Il propose plus de 10.000 citations qui sont majoritairement des définitions, mais qui sont aussi des opinions significatives sur un des aspects de la qualité hospitalière.

L'équivalent de plusieurs dizaines de livres sous la main, consultables en temps réel !
Application autonome ne nécessitant pas Internet.

Recherche instantanée par auteur ou par mot type.

Copie et envoi par mail automatisé avec l'intégralité des références.

Sur iTunes :

<https://itunes.apple.com/fr/app/citations-q-h-qualite-hospitaliere/id396870547?mt=8>





**Cancer, établissements autorisés[®]
cliniques, hôpitaux, radiothérapie**
Toutes les autorisations d'activité de soins
"traitement du cancer"
version 2

"Autori Cancer" présente une fiche par établissement autorisé.

La recherche se fait par le nom, un élément de l'adresse (par ex, la ville) ou la région.

"Autori Cancer" vous propose pour chaque établissement autorisé :

- la liste des activités autorisées ;
- le volume d'activité sur les années 2005 à 2009 (années du dossier d'autorisation) avec le rappel du seuil minimum exigé et le pourcentage que représente l'activité de l'établissement sur sa région ;
- ses coordonnées complètes.

Avec un accès Internet : accès direct à Google Maps ; au site Internet de l'établissement ; aux pages concernées du site de l'INCa, du site "Platines"...

Plus une note d'information décrivant succinctement le système d'autorisation.

Les mises à jour se feront au rythme des mises à jour nationales officielles.

Sur iTunes :

<https://itunes.apple.com/fr/app/cancer-etablissements-autorises/id463154481?mt=8>

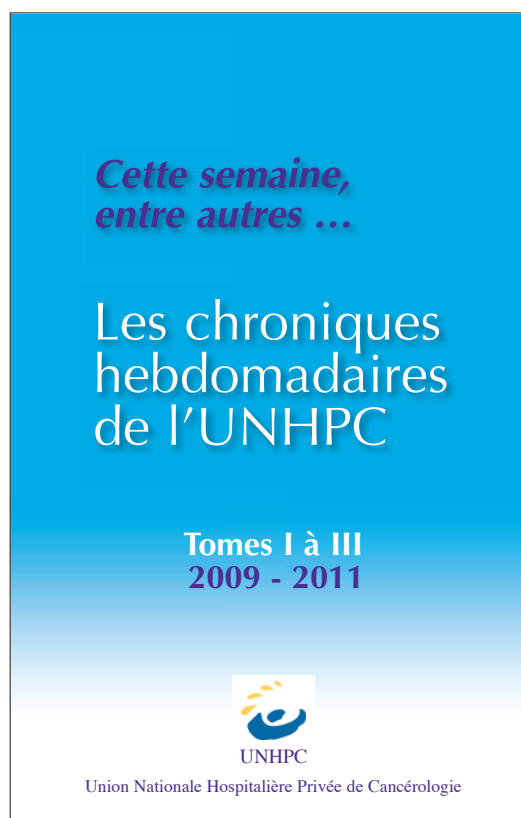


Les Chroniques de 2009 à 2011 ont été publiées l'an dernier

Document complet : 707 pages - pdf (3,4 Mo)

Date de parution : mars 2012

Le livre est téléchargeable sur : <http://unhpc.org/publications.php>



Reprise de la 4^e de couverture :

Ce livre reprend l'intégralité des "**Chroniques UNHPC**" parues en 2009-2010-2011 sous le titre "***Cette semaine entre autres...***"

Elles proposent un regard sur l'actualité concernant le système de santé en s'arrêtant surtout sur ce qui concerne le système hospitalier et ses professions. L'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie fédère les organisations représentatives des cliniques, centres de radiothérapie et hôpitaux privés autorisés ainsi que les organisations représentatives des médecins oncologues de toutes spécialités qui y exercent. Ensemble ils prennent en charge un malade atteint du cancer sur deux en France.

Chaque semaine l'actualité interroge...

L'avenir de la médecine est-il dans les normes ?
Jusqu'à quand les dépassements vont-ils détruire la médecine libérale ?
L'hôpital aura-t-il un jour un vrai directeur ?
Pourquoi l'Etat se méfie-t-il de la chirurgie ambulatoire ?
Le système hospitalier est-il là pour réguler l'emploi et l'investissement local ou pour soigner au moindre coût ?
La financiarisation des cliniques aura-t-elle les mêmes conséquences que dans l'industrie ?
Qu'est-ce que l'indépendance d'une Agence d'Etat ?
L'incontinence textuelle finira-t-elle un jour ?
Plan de santé publique, lutte pour le pouvoir et captation des financements.
Les penseurs du blocage, les penseurs du progrès...
Service public, pérennité des avantages acquis ou intérêt général ?
Pourquoi soigner ?
Pourquoi la France néglige-t-elle à ce point l'oncologie médicale ?
Pourquoi l'Etat ne veut-il pas savoir qui fait quoi en radiothérapie ?
Fin de vie, culture de vie ou culture de mort ?
Pourquoi l'Etat a-t-il peur d'autoriser ?
La productivité : un sujet pour la médecine ?
...

Quelques témoignages de lecteurs :

*"Coup de chapeau et encore merci pour votre époustouflant travail de fond."
"Toujours aussi incisif et juste."
"Je savoure chaque fois le talent avec lequel vous développez dans votre « édito » d'un paragraphe à l'autre : l'actualité, le rappel historique, l'explication technique, la compréhension clémente, la contestation argumentée, la revendication professionnelle, l'espoir toujours renouvelé..."
"Un gouffre de connaissance !"
"Superbe : excellente plume, précise, documentée jusqu'à l'austérité et qui pourtant tient le lecteur en alerte."
"Merci encore de cet abonnement qui m'est très utile, tant les sujets évoqués que l'invitation à penser."
"Une parole claire et pertinente. Nous en manquons."*

Achévé d'imprimer par PRÉSENCE GRAPHIQUE
2 rue de la Pinsonnière - 37206 MONTS
N° d'imprimeur : 110622245-800

Sous le titre de "***Cette semaine entre autres...***", l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie publie depuis 4 ans une **Chronique hebdomadaire qui propose un regard sur l'actualité concernant le système de santé en s'arrêtant plus particulièrement sur le système hospitalier et ses professions**. Elles sont rédigées par Gérard Parmentier, Secrétaire National de l'UNHPC.

Devant le succès du premier recueil des Chroniques 2009-2011, l'UNHPC publie ici le recueil des Chroniques de l'année 2012.

L'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC) fédère les cliniques, les hôpitaux privés et les centres de radiothérapie libéraux autorisés ainsi que les organisations représentatives des médecins oncologues de toutes spécialités qui y exercent. Ensemble ils prennent en charge près d'un malade atteint du cancer sur deux en France, beaucoup plus encore en ce qui concerne la médecine libérale, pour le dépistage ou le diagnostic anatomo-cyto-pathologique.

Extrait de l'introduction du Dr Bernard Couderc, Président de l'UNHPC :

"Au fil des semaines, des textes d'analyse et des commentaires qui nous donnent à lire sur l'actualité touchant aux champs de compétence de l'UNHPC sont devenus de vrais dossiers thématiques : nous sommes de plus en plus nombreux à nous y référer au-delà même de nos métiers et de nos organisations propres."

Extrait de la préface de M. Jean de Kervasdoué, Professeur titulaire de la chaire d'Economie et de gestion des services de santé du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) :

"Il n'y a pas d'équivalent aux "Chroniques" de Gérard Parmentier. Ce formidable chasseur de documents est un des rares, sinon le seul, à suivre de manière quasi exhaustive ce qui se publie sur tous les sujets de politique de santé avec une précision toute particulière pour les établissements hospitaliers et la cancérologie."

"Gérard Parmentier écrit chaque année, pour nous, une pièce de théâtre... Bien entendu cette pièce est une tragédie, car derrière il y a des hommes et des femmes qui souffrent et d'autres, trop nombreux encore, qui meurent. Gérard Parmentier nous les fait voir. Il est donné à peu de spécialistes la capacité d'analyser et de prédire les conséquences pour les malades et les acteurs du système de tel acte administratif ou de telle déclaration politique."

"Aussi en tournant les pages qui vont suivre, vous allez découvrir, apprendre ou vous remémorer tel ou tel texte, réflexion, règlement, plan ou rapport, mais aussi, et surtout, vous allez voir des hommes et des institutions jouer leur rôle pour, pensent-ils, le bien de tous."
