

Cette semaine, entre autres...

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tome I
2009



Cette semaine, entre autres...

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tome I
2009



Union Nationale
Hospitalière Privée
de Cancérologie

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

Cette semaine entre autres...

Avant-propos

Compte tenu de la masse toujours plus importante des informations envoyées à nos adhérents, certains d'entre eux nous ont suggéré d'en faire des synthèses régulières. C'est ainsi, qu'entre autres, nous avons lancé une chronique hebdomadaire.

Bien sûr elle a les limites de toute chronique. Le choix des événements à privilégier peut être critiquable. Ce choix dépend aussi de notre présence aux nombreuses réunions auxquelles nous pouvons participer au nom de l'UNHPC.


A l'inverse ces chroniques permettent de donner un éclairage "UNHPC" sur l'actualité de la semaine.

L'accueil a été très bon. L'expérience va donc se prolonger.

Vous trouverez ici la reprise des 32 chroniques parues durant l'année 2009.

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

Mardi 27 Juillet 2010



Docteur Bernard Couderc
Président



G. Parmentier
Secrétaire National

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



Table

Avant propos	1
1 - lundi 27 avril 2009 : Sécurité et radiothérapie	5
2 - lundi 4 mai 2009 : De plus en plus de confusion dans notre vocabulaire	7
3 - lundi 11 mai 2009 : Préparer l'avenir	9
4 - lundi 18 mai 2009 : Expertise et sens du service public dans l'élaboration d'un Plan de santé publique	11
5 - lundi 25 mai 2009 : Rapport d'étape du Comité national de suivi de la radiothérapie	13
6 - lundi 1er juin 2009 : L'abandon de la convergence	15
7 - lundi 8 juin 2009 : Quel syndicalisme pour les cliniques ?	17
8 - lundi 15 juin 2009 : Respect du droit	19
9 - lundi 22 juin 2009 : HPST, l'administration par l'Etat	21
10 - lundi 29 juin 2009 : Bloc opératoire	23
11 - lundi 6 juillet 2009 : Réforme des systèmes de santé	25
12 - lundi 20 juillet 2009 : Le "grand emprunt national" et la santé	27
13 - lundi 27 juillet 2009 : ANAP	29
14 - lundi 3 août 2009 : Réglementation	31
15 - lundi 31 août 2009 : Rentrée 2009	33
16 - lundi 7 septembre 2009 : Oncologie médicale	35
17 - lundi 14 septembre 2009 : Réforme du système de santé américain	37
18 - lundi 21 septembre 2009 : Dépassements d'honoraires	39
19 - lundi 28 septembre 2009 : Mémoires et témoignages	41
20 - lundi 5 octobre 2009 : Assises nationales des réseaux	43
21 - lundi 12 octobre 2009 : T2A	45
22 - lundi 19 octobre 2009 : Réseaux de cancérologie	47
23 - lundi 26 octobre 2009 : Secteur optionnel - Autorisations	49
24 - lundi 2 novembre 2009 : Chirurgie	51
25 - lundi 9 novembre 2009 : Le Plan Cancer 2009-2012 est sorti	53
26 - lundi 16 novembre 2009 : Journées de la SFSPM	55
27 - lundi 23 novembre 2009 : Les rencontres de la FHP	57
28 - lundi 30 novembre 2009 : Classements des hôpitaux	59
29 - lundi 7 décembre 2009 : Conférence internationale sur la radioprotection	61
30 - lundi 14 décembre 2009 : Ethique et financement des soins palliatifs	63
31 - lundi 21 décembre 2009 : Evaluation des politiques de santé publique	65
32 - lundi 28 décembre 2009 : Système de santé et crise financière	67
Index :	71
Présentation des applications iPhone de l'UNHPC :	74

Protéger l'Etat
ou
protéger les patients ?

L'administration
choisit de
protéger l'Etat.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/17

Date de parution : lundi 27 avril 2009

Sujet : **Sécurité et radiothérapie**

Mots types : Concertation ; Police ; Démographie ; Action syndicale ; Risque ; Protection des administrations ; Radiophysique ; Radiophysiciens ; Mercato

Année 2009 - p. 5/74

Une drôle de concertation ! (cf. notre mail UNHPC 09/156)

Deux textes importants pour la **radiothérapie** sont mis en **concertation** "urgente" jusqu'au 17 avril. Ils sont importants car ils organisent une "période intermédiaire" demandée par tous pour que les textes relatifs à la radiophysique tiennent compte de la réalité : il n'y a pas assez de radiophysiciens en France. Pour une bonne gestion des risques, au-delà des mesures d'entraide, il faut donc les limiter à leur cœur de métier. Le projet de décret et le projet d'arrêté vont dans le bon sens même s'ils ne sont pas, de notre point de vue, à la hauteur des enjeux.

Ne voilà-t-il pas que le 14 avril une circulaire, signée de la Ministre, excusez du peu, **diffuse** ces textes "pour **application immédiate**" auprès des ARH. Voilà un procédé

de concertation très nouveau !... Et pour ne pas se priver, la Ministre leur en demande une application "*particulièrement rigoureuse*" sur la radiothérapie et les rappelle à leur devoir de police.

Sur le fond, plus grave encore : on voudrait protéger les administrations en prenant le risque d'organiser une perte de chance pour les patients, coincer les professionnels en les mettant dans une situation intenable, rejeter la responsabilité de l'Etat en matière d'incurie démographique sur les professionnels ou réduire l'action syndicale à la défense de ceux qui se sont hélas mis en retard qu'on ne s'y prendrait pas autrement !

En attendant vive le mercato des radiophysiciens !



La dérive
du sens des mots
génère de la confusion
porteuse de violences
et de désorganisations.

Il est temps
de parler vrai.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/18

Date de parution : lundi 4 mai 2009

Sujet : **De plus en plus de confusion
dans notre vocabulaire**

Mots types : Confusion ; Vocabulaire ; Sémantique ; Réforme ;
Convergence ; Service public ; Solidarité

Année 2009 - p. 7/74

Nous venons de vivre une semaine de grande confusion...

Sans remonter à Kafka, à Orwell ou à Arthur Kessler, nous savons que l'administration génère sa propre langue. C'est fort heureusement beaucoup moins dramatique qu'à leur époque, mais la dérive s'accélère depuis quelques années.

Citons quelques exemples où le sens du dictionnaire ou de l'usage courant n'est pas le sens de l'administration de la santé.

☞ **Confusion de vocabulaire** : coopération / aspiration ; besoin / objectif quantifié ; contrat / cahier des charges ; CPOM / commande ou injonction ; restructuration / fermeture pour les uns, convention pour les autres ; accident isolé / crise sanitaire ; régulation / planification ; chiffre d'affaires / revenu des personnes physiques ; tarif / rentabilité ; analyse / report ou abandon ; concurrence / marché libre ; cliniques / sélection ; tarif national / affectation de ressources à une activité de l'établissement ; gestion / comptabilité ; rigueur comptable / incarnation du Mal ; direction / démedicalisation ; gestion du risque / protection de l'administration ; action politique / réglementation ; service public / fonction publique...

☞ **Qualificatifs administratifs d'usage obligatoire** donc vidés de sens : tout y est "qualité" ; tout est "garanti"... par les textes ; l'action est "innovante" ; la recherche est "d'excellence"...

☞ **La médecine n'est pas un commerce**, mais les pou-

voirs publics développent le secteur 2 dans le privé et le secteur "privé" à l'hôpital ; il faut de la concurrence pour avoir de la productivité et recentrer sur le patient, mais on organise des monopoles ; un euro privé vaut moins qu'un euro public...

☞ **Les "grands" de ce monde**, hommes ou institutions, indépendamment de leur contribution ou du nombre de malades qu'ils prennent en charge, sont, par nature "hautement spécialisés", "référents", "grands", professionnels admis à la publicité...

Cette dérive du sens des mots génère de la confusion. Or, depuis la Tour de Babel, nous connaissons les risques de violence et de désorganisation que porte la confusion dans l'organisation collective des sociétés. La semaine passée constitue de ce point de vue une alerte grave. Les alliances contre nature, les cris d'orfraies en appelant à la morale pour défendre pouvoirs, privilèges et comportements douteux, les pseudo-défenseurs de l'hôpital public tirant à vue sur ce qui peut le sauver : être payé pour ce qu'il fait et avoir un capitaine au navire... La liste est longue.

Dans cette confusion généralisée, en l'absence de stratégie public-privée claire pour le service public de la santé, comment s'étonner que l'Etat renonce même à la "convergence" ?

Il est temps de "parler vrai", sinon le citoyen continuera de payer, jusqu'au jour où les mêmes lui expliqueront que la solidarité est trop chère... surtout par temps de crise !



**L'efficacité dans l'action :
injonctions réglementaires
ou
pragmatisme interprofessionnel
pour répondre
à des enjeux communs ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/19

Date de parution : lundi 11 mai 2009

Sujet : **Préparer l'avenir**

Mots types : HPST ; Secteur 2 ; Plan Cancer ; USA ; Oncologie ; Cancérologie ; Obligations ; Réglementation ; Démographie ; Effectifs

Année 2009 - p. 9/74

Sur HPST¹ nous sommes en plein brouillard et le brouillard s'épaissit. Les renoncements et les reculs du Ministère n'y font rien. L'arrivée du rapport Marescaux n'arrange rien. Les amendements Bur et Préel nous ont amenés au bord de dissensions graves entre organisations représentatives des médecins et des établissements. Le secteur 2 n'a pas fini de faire des ravages et nous n'en sommes hélas qu'au début. Les questions de fond demeurent. Certains enjeux gardent leur noblesse. Des combats restent nécessaires.

Mais la vie continue. Il n'est donc pas interdit non plus de prendre un peu de recul et de se mettre en perspective.

En France, Tutelles comme professionnels, nous avons le réflexe de charger les professionnels d'obligations réglementaires afin de "garantir" ce que l'Etat, souvent réduit à l'administration, aux politiques ou aux réseaux d'influence, veut. Ces jours-ci, la DGS² fait son Plan Cancer toute seule. On peut donc craindre que la tradition continue, même s'il y a quelques compensations financières inégales et sans convergence.

L'approche des Américains lors du colloque "comment assurer des soins de qualité en cancérologie avec les professionnels disponibles" qui s'est tenu en octobre dernier est radicalement différente (cf. notre mail UNHPC 09/187 du 10-5-09). Tous les acteurs se retrouvent autour d'une table. Ils se mettent d'abord d'accord sur un constat chiffré : les professionnels disponibles ne pourront pas prendre en charge les malades du cancer

dans les années qui viennent. Il le faut pourtant.

La confrontation, dès lors, consiste à essayer de répondre à deux questions :

- **Comment augmenter le nombre de professionnels disponibles** en rendant les métiers concernés plus attractifs sans oublier que les jeunes "travaillent moins que les vieux, que les femmes sont moins productives que les hommes, que les pathologies demandant un effort de formation et de continuité dans les soins qui rebutent et font fuir" ? Comment et dans quel sens changer l'enseignement, les pratiques, les modalités de recherche ?
- **Dans ce contexte, comment organiser les soins ?** Quels transferts de compétences organiser ? Quelles articulations ? Quels métiers nouveaux faire apparaître ? Quelle organisation nouvelle des prises en charge concevoir et mettre en place ? Comment revoir le système d'allocation de ressource aux professionnels et aux établissements ? Comment préparer aux changements culturels nécessaires ?

La diffusion des actes permet un accès direct à ces réflexions d'une extrême richesse et d'une très grande diversité de points de vue. Tout n'est pas parfait aux USA, loin de là. Il n'empêche, dans ce pragmatisme il y a des idées à prendre.

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

² Direction générale de la santé - Ministère de la santé



**De quel chaudron
le nouveau
Plan Cancer
sortira-t-il ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/20

Date de parution : lundi 18 mai 2009

Sujet : **Expertise et sens du service public dans l'élaboration d'un Plan de santé publique**

Mots types : Concertation ; DGS ; Rapport Grünfeld ; Bazy-Malaurie ; G. Rameix ; P. Briand ; HCSP ; Assurance-maladie ; Calendrier

Année 2009 - p. 11/74

De quel chaudron le nouveau Plan Cancer sortira-t-il ?

Il devait sortir de l'Elysée, en quelques semaines, début 2008. Puis, long silence. En automne, officieusement, les jeux étaient faits. L'INCa¹ le disait : le nouveau Plan Cancer se développerait selon deux axes : la "recherche d'excellence" et les Pôles régionaux de cancérologie.

Vint alors la mission Grünfeld. Il devait faire son rapport tout seul et il n'avait pas besoin de "consulter". Effectivement l'accès était très verrouillé. Pourtant, lorsqu'une mission est confiée à quelqu'un d'extérieur au milieu mais doté d'un solide sens du service public, les faits sont les faits, des blocages sautent, les choses bougent. Souvenons-nous C. Bazy-Malaurie à la DHOS², G. Rameix à la CNAM³, P. Briand à la Mission Cancer. Nous aurions dû nous en douter : il pouvait y avoir de bonnes surprises avec le Pr Grünfeld. Cela a été le cas. Son rapport est équilibré, objectif, novateur. Il parle vrai sur l'anatomopathologie, l'oncologie médicale, les inégalités, les essais cliniques, les indicateurs...

Depuis, "circulez, y a rien à voir", la DGS⁴ va faire son Plan toute seule, entre administrations et agences.

Inquiétant.

Puis, chacun des groupes de travail fédérés par la DGS, est convié à une "réunion d'information" très fermée. A vrai dire les dernières étaient plus ouvertes qu'annoncé. Mais la Sécurité Sociale brille par son absence. On en devine les conséquences.

La suite ? Le Haut Conseil de Santé Publique aura quelques jours pour donner son avis sur les indicateurs prévus. Puis les juristes remettront en forme le Plan de la DGS. Le 15 juin il sera transmis à la Ministre, puis envoyé à l'Elysée. En principe le Président officialise en Septembre...

Les contraintes de calendrier ont du bon. Les services et les agences habilités à écrire le Plan n'ont pratiquement que le temps de se répartir les mesures du rapport Grünfeld pour les assortir de la désignation d'un responsable, d'un calendrier de mise en œuvre, de critères d'évaluation. C'est plutôt bien : le Rapport Grünfeld, on en connaît les qualités. Pour le reste : ?...

¹ Institut national du cancer

² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

³ Caisse nationale d'assurance maladie

⁴ Direction générale de la santé - Ministère de la santé



**Evaluer
l'impact
bureaucratique
des
mesures imposées**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/21

Date de parution : lundi 25 mai 2009

Sujet : **Rapport d'étape du Comité national de suivi de la radiothérapie**

Mots types : Rapport ; Comité National de Suivi ; Radiothérapie ; Coopération ; Démographie ; Qualiticien

Année 2009 - p. 13/74

Le rapport d'étape du **Comité national de suivi de la radiothérapie** est paru (cf. mail UNHPC 09/214 du 29 mai 09).

A l'origine, nous avons demandé et obtenu de Philippe Bas qu'il mette un capitaine au navire : demande de bon sens pour coordonner, impulser, responsabiliser. Très longtemps après, nous avons eu un "comité", à la composition étonnante mais qui montre que la réalité du terrain n'est pas forcément la priorité administrative. Le Président Maraninchi a pourtant su donner une réelle impulsion à des groupes de travail à la géométrie variable, à animer de vrais débats. Le rapport était donc attendu avec beaucoup d'intérêt. Et pourtant, qu'en dire, sinon "tout ça pour ça !".

Le plus important aujourd'hui c'est la démographie. Des progrès ont enfin été faits. Objectif de 85 étudiants en radiophysique médicale dès septembre 2009, modification de l'arrêté de 2004 pour ouvrir l'accès au concours, rémunération et reconnaissance des enseignants, multiplication des terrains de stage ouverture des recrutements par modification de l'arrêté, espoir de reconnaissance du métier de dosimétriste, initiatives concernant les radiothéra-

peutes... Pour la première fois il se passe enfin quelque chose. C'est important.

Pour le reste, on est dans le classique. Les coopérations et/ou le "dispositif intermédiaire" vont régler les problèmes. L'approche financière est à peine évoquée. Comme il sied aujourd'hui, le rapport évoque un "statut similaire" à celui des établissements de santé pour les cabinets...

Le rapport souligne aussi nos faiblesses. Le qualiticien une journée par semaine ! : c'est l'exacte mesure de la sous-évaluation de l'impact bureaucratique des mesures imposées. Sans doute de qualiticiens volants seront-ils capables de rédiger des procédures, comme si la démarche qualité se réduisait à cela. Le guide des obligations réglementaires est réduit aux "déclarations". Pas de trace de mesure d'impact des politiques publiques par indicateur de délais de prise en charge...

En présentant ce rapport, la Ministre nous dit que le "*nouveau Plan Cancer portera une ambition nouvelle pour la radiothérapie française*". Acceptons en l'augure.



**Quelle stratégie
face à l'abandon
injurieux, stupide et
potentiellement grave
de la convergence ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/22

Date de parution : lundi 1er juin 2009

Sujet : **L'abandon de la convergence**

Mots types : Convergence ; Stratégie ; Ken Danis ; Evin ; accord du 4 avril 1991 ; Réforme

Année 2009 - p. 15/74

Nos instances sont très justement ébranlées par l'annonce de l'abandon de la convergence : dans sa forme elle est inutilement injurieuse pour les hospitaliers, en particulier pour le secteur privé, pour les parlementaires, pour les citoyens, pour l'image de l'Etat. Dans le fond elle est stupide et potentiellement grave pour le pays, si elle perdure.

On n'a guère de souvenir d'un mauvais coup de cette ampleur. Il rappelle cependant l'oukase des - 13 % sur le CA chirurgical des cliniques de Claude Evin en 1991. "*Bien sûr, un coup de matraque ce n'est pas malin, mais dites moi que faire, l'administration n'a pas d'idée !*" nous avait dit le Ministre. Les choses ont-elles vraiment changées ? L'histoire ne se répète pas dit-on mais il lui arrive de bégayer. A l'époque nous avions su en sortir par "l'accord du 4 avril" : retrait de la mesure ; reconnaissance de la chirurgie ambulatoire ; sauvetage du PMSI¹ ; engagement daté concernant la T2A² ; institutionnalisation de la démarche qualité (ANAES³) ; régulation contractuelle par enveloppe globale nationale (OQN⁴) et non au niveau de l'établissement (par DGF⁵)... et bien plus encore. Ainsi le secteur privé avait planté le décor de toutes les réformes des années 90.

Le défi qui est en face de nous est de même nature. Le

pays a besoin de notre productivité. Les réunions prévues par nos instances dans les jours prochains seront décisives. Derrière les phraséologies de combat, que proposons-nous pour restructurer le paysage hospitalier sur les 10/20 ans à venir tout en nous mettant à l'abri de pareils échecs ?

Pour sortir de ce type de crise, les conditions sont connues : il faut un leadership unifié et fort, une vue stratégique claire, une ambition centrée sur l'avenir du système de santé et capable de se traduire en objectifs concrets. Pussions-nous réunir ces conditions dans les prochains jours !

Ken Danis nous a quittés. Le silence absolu qui a suivi son retrait de la Présidence nous accuse. Sa dernière leçon nous concernant est là : le dévouement de certains des nôtres est parfois absolu dans la mesure où rien, de la part des pairs, ne vient le reconnaître. Au-delà des opinions légitimement diverses, cela vaut respect de tous. Profond.

¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information

² Tarification à l'activité

³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

⁴ Objectif quantifié national (enveloppe nationale annuelle de dépenses autorisées pour l'hospitalisation conventionnée)

⁵ Dotation globale de fonctionnement



« La profession,
monolithique,
doit se dresser comme un
seul homme ! »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/23

Date de parution : lundi 8 juin 2009

Sujet : **Quel syndicalisme pour les cliniques ?**

Mots types : FHP-MCO ; Syndicalisme ; UNHPC ; Communication ; Défense ; Proposition ; Combat ; Convergence ; Orientation

Année 2009 - p. 17/74

Les Conseils d'Administrations de la FHP¹ et FHP-MCO² se sont réunis ensemble, comme prévu, afin de "riposter au report de la convergence". Ils ont voté à l'unanimité une "une stratégie de communication de crise, de combat, pilotée par une agence de communication".

Cette réunion est importante pour deux raisons : pour l'unité de la profession qu'elle exprime ; pour le choix d'orientation stratégique qu'elle fixe.

FHP et FHP-MCO ont donc opté pour un syndicalisme de protestation, de défense corporatiste moderne, c'est-à-dire "pilotée" par des communicants et des avocats. Les budgets sont revus en conséquence. Le pari est ambitieux : se mettre sur le terrain de la FHF, le plus gros lobby de France, et se montrer plus fort qu'elle face à l'Etat, dans sa culture. Le pari est audacieux, car dans ce genre de "combats", le risque est de crisper l'Etat dans sa position plus que jamais centralisatrice, planificatrice, promouvant des organisations pyramidales, des modes d'allocations pervers car d'abord destinés à le servir à court terme (secteur 2, MIGAC, secteur privé à l'hôpital, approche par les coûts...), confondant ses rôles d'opérateur et de régulateur, s'attachant à la forme plus qu'au fond. Dans les manuels la situation est classique : face à une économie administrée, il faut grossir afin d'acquérir du "bargaining power". Ce n'est plus la productivité qui détermine la taille optimum c'est le niveau du décideur (local, régional, national). L'avenir est donc aux

"gros". Bref, tout ce qui ne marche pas du point de vue du système, mais qui peut rapporter gros aux "gros" acteurs.

Du point de vue stratégique le choix est donc fait. Puisqu'on ne peut rien changer à la politique de l'Etat, il faut faire avec et tirer son épingle du jeu.

L'UNHPC est bien sûr solidaire. Pourtant, depuis toujours, son orientation stratégique repose sur une autre analyse. En santé, l'Etat est faible et face à un Etat faible et à une administration sans idée car encore sans grande connaissance de la réalité des pratiques, un syndicalisme de proposition peut changer les choses. En proposant des modes d'organisation, d'allocation et de régulation articulant les conditions du "bien faire" et les exigences de service public dont l'Etat est garant, il y a un espace à combler qui permette à nos professions de se développer. Un syndicalisme de culture plus contractuelle, plus proche de la FNSEA³ que de la FHF⁴, des orientations qui ont fait leurs preuves dans les années 90. Des idées fortes et refondatrices d'un système de santé de qualité ont d'ailleurs été exprimées au cours des débats des deux CA FHP et FHP-MCO réunis la semaine dernière.

Le choix est fait. "La profession, monolithique, doit se dresser comme un seul homme". Souhaitons-le en effet, même si le "monolithique" peut surprendre.

¹ Fédération hospitalière privée (fusion de la FIEHP et de l'UHP le 24 juillet 2001)

² Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP

³ Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles

⁴ Fédération hospitalière de France



**Une nouveauté
à ne pas négliger :
la mise en place
des réformes
se fait avant même le vote
de la loi
qui les fonde**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/24

Date de parution : lundi 15 juin 2009

Sujet : **Respect du droit**

Mots types : Réforme ; HPST ; Pensée unique ; Conseil national de pilotage ; J. M. Bertrand ; ANAP ; UN-CAM

Année 2009 - p. 19/74

La pensée unique (centralisme, étatisme, planification, régulation administrative, confusion services publics et corporatismes administratifs...) domine comme rarement depuis longtemps au Ministère. Les exceptions font figure d'arbre qui cache la forêt.

Pourtant, un phénomène nouveau apparaît, sans doute lié à la longueur de la procédure d'adoption de la loi. Il mérite aussi attention.

Il était normal, sous la V^e République, que les hauts fonctionnaires des ministères techniques préparent les projets de loi. Maintenant, ils n'attendent plus la fin des débats parlementaires pour mettre en place les dispositifs et les institutions dont ils ont eu l'idée et succombent parfois à la tentation de s'y installer.

Des groupes de travail sont depuis longtemps en place pour organiser dans le détail la mise en place des ARS¹.

Le Conseil d'Administration de l'ANAP² "préfiguré" (GMSIH³, MAINH⁴, MEAH⁵) se réunit déjà et son encadrement est recruté. Officialisée, cette institution nouvelle sera au cœur de la recentralisation en cours.

Jean-Marie Bertrand, Secrétaire général à l'autorité considérablement renforcée par le décret du 9 juin (cf. mail

UNHPC 09/235), concepteur de ces réformes institutionnelles, est déjà le chef d'orchestre de leur mise en place et tout le monde tient pour acquis qu'il sera chargé du pilotage des futures ARS. Cela rappelle un peu Frédéric Van Roekeghem prenant le siège de directeur de l'UNCAM⁶ qu'il venait de créer.

Le Conseil national de pilotage composé de l'Etat et de l'UNCAM définira la politique de santé (gestion du risque, évaluation, fixation des objectifs...) que les ARS seront chargées d'appliquer. Il y faudra plusieurs centaines de personnes. Il s'agira donc d'une institution de la plus haute importance. Presque une agence nationale de santé ?

Conclusion : autant que cela est possible, il faut suivre une actualité qui est peu reprise par la presse et qui est pourtant décisive. Les innombrables décrets prévus par la loi qui n'est pas encore votée sont pour partie appliqués avant d'être promus... Les citoyens, eux, en sont encore à la loi. Ils découvriront sa mouture définitive dans les prochains jours.

¹ Agence régionale de santé

² Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

³ Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GIP - 2000)

⁴ Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier

⁵ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

⁶ Union nationale des caisses d'assurance maladie



Tout le monde sait
que l'administration centralisée
de la santé,
ça ne marche pas,
mais tout le monde
juge pourtant cela "inévitable".

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/25

Date de parution : lundi 22 juin 2009

Sujet : **HPST, l'administration par l'Etat**

Mots types : Réforme ; Administration ; Productivité ; GCS ; Secteur 2 ; Dépassements ; Convention

Année 2009 - p. 21/74

La rédaction de la **loi HPST**¹ touche à sa fin. C'est une loi très "hôpital public". Mais c'est aussi une loi qui modifie beaucoup de règles du jeu, y compris sur la ville.

L'unanimité sur le renforcement de l'**administration centralisée** de la santé est frappante. Tout le monde sait que cela ne marche pas mais tout le monde juge pourtant cela "inévitable".

La productivité des dépenses publiques est un impératif pour relancer les emplois et le maintien des capacités de notre pays qui fait aussi l'unanimité.

Pourtant peu de commentateurs s'arrêtent sur la contradiction entre les deux alors même que les dépenses concernant la sécurité sociale sont dominantes et que celles concernant l'hôpital y prennent la première place.

Bien sûr il y a des progrès : l'hôpital aura une direction un peu mieux établie (et sera donc un concurrent un peu plus fort), les cliniques auront officiellement accès aux fonctions de service public...

Mais les nuages sont aussi nombreux. Les monopoles de territoires vont handicaper la productivité de tous. Les GCS² sont confirmés dans leur vocation non à la coopération mais à l'aspiration. Ils seront plus dangereux car mieux définis juridiquement. On ne connaît pas encore le sort de l'amendement permettant le choix de la tarification des GCS publics-privés. Il aboutirait rapidement à la nationalisation de beaucoup de nos plateaux techniques. La radiothérapie serait la première touchée. Ce serait un désastre de santé publique.

Enfin, on ne le répétera jamais assez : c'est le principe du **secteur 2** qui doit être combattu et non son niveau. Ce n'est pas d'abord une question morale, mais bien une question économique, une condition de viabilité du système et des métiers concernés. La commission mixte paritaire est revenue sur le sujet. Elle oblige à la discussion conventionnelle sur le secteur optionnel, selon un calendrier serré. Ce n'est hélas pas la bonne méthode. La Sécurité Sociale n'augmentera pas ses dépenses. Il manque le préalable : un arbitrage sur le partage de la dépense entre sécurité sociale et mutualité. Le but reste que la rémunération de nos professions soit neutre du point de vue du patient, le reste à charge devant ressortir d'un arbitrage national et non du colloque singulier. L'arbitrage fait au niveau du colloque singulier transforme la médecine en un commerce entre parties inégales, c'est donc une régression économique et sociale mortifère pour nos métiers, avant même d'être souvent aussi un problème éthique et déontologique. L'enveloppe actuelle des suppléments d'honoraires couverts par les mutuelles devait être réinjectée dans la CCAM³ sous forme de contribution des mutuelles au financement du système, ce "supplément", cet "acquis", étant alors réparti selon des modalités à déterminer par la discussion conventionnelle. Voilà ce qui aurait été rationnel du point de vue économique et neutre du point de vue financier pour le pays. On en est loin. Dans le cadre actuel, le jeu conventionnel ne peut suffire.

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

² Groupement de coopération sanitaire

³ Classification commune des actes médicaux



**L'engouement pour
la check-list
traduit une méconnaissance
du droit
et risque de faire régresser
les pratiques
chez ceux qui l'appliquaient
déjà**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/26

Date de parution : lundi 29 juin 2009

Sujet : **Bloc opératoire**

Mots types : HAS ; Check-list ; Sécurité ; Décret anesthésie ; ASA ; EIG ; Droit ; Obligation ; Volontariat ; Chirurgie

Année 2009 - p. 23/74

Le lancement par la HAS de la **check-list "sécurité des soins au bloc opératoire"** (UNHPC 09/271 du 26/6/09) ne peut bien sûr qu'être suivi avec diligence et intérêt. Pourtant il interroge aussi sur plusieurs points :

- **la dramatisation** qui accompagne ce lancement. Dans son communiqué, la HAS parle de "60 à 85.000 événements indésirables graves" "dont près de la moitié seraient considérés comme évitables" sur les 6,5 millions d'opérations annuelles. Le Parisien, très présent sur ces sujets mais se voulant sans doute prudent, parle, lui, de "dizaines de milliers d'opérations qui se soldent par d'incroyables erreurs". Par contre il fait dire à Laurent Degos qu'on "estime, dans les pays comparables au nôtre, que 10 % des opérations donnent lieu à EIG. Là où la check-list a été testée, c'est tombé à 7 %." Diable ! On serait à 650.000 EIG et le but serait d'atteindre les 455.000 !
- **l'approche administrative** toujours dominante. Il faut vérifier que "la documentation est disponible en salle" avant l'anesthésie puis avant l'incision. Certes, mais en termes de priorités, cela surprend quand on ne voit rien sur les matériels... Cette fiche "n'est pas modifiable" mais peut donner lieu à des "développements" de la part des "Collèges" et des organismes agréés d'accréditation. Curieux ce privilège donné à l'approche institutionnelle et cet oubli des professionnels intéressés ! Rappelons que l'ASA¹, il est vrai surtout centrée sur les dispositifs, a renoncé à dresser une check-list officielle, considérant que la diversité des environnements et des contextes locaux la rendaient peu efficiente (UNHPC 08/218 du 3/7/08). L'ASA préconise que chaque équipe fasse sa liste et la fasse viser auprès d'elle... Enfin, ces fiches de vérification sont là aussi pour faire preuve. Rien n'est dit sur ce point (mis à part un paragraphe très insuffisant sur l'archivage). Pourtant la procédure interne est ici déterminante. Pour éviter la suspicion de "correction ex post", il est important de conseiller le remplissage à l'encre indélébile et le remplissage sur cahier côté paraphé...
- **l'idée fausse selon laquelle la France est en retard.** Ou alors il faut préciser l'échelle : aux USA, la recom-

mandation ASA date de 1993, en France le "décret anesthésie" de 1994... Degos toujours : "par rapport aux USA, par exemple, on part de plus loin, mais dans les autres pays qui ont promu la check-list, il s'agit d'un acte volontaire". De la procédure, encore de la procédure pour la Tutelle. Et si l'incitatif au "volontaire" apportait plus en termes de résultats mesurés ? Si c'était le cas en France comme dans "d'autres pays" ? Certes, l'an dernier, la France était passive face à l'initiative et aux propositions de participation expérimentale de l'OMS². Nous l'avions regretté et vous l'avions signalé en son temps (cf. UNHPC 2008/195 du 29/6/08 ; 2008/219 du 31/7/08 ; 2008/230 du 4/8/08) afin que les sociétés savantes se bougent et quelques établissements privés se portent volontaires. Nous avons aussi pris l'initiative d'alerter quelques personnalités (dont Guy Vallancien, qui s'est montré ensuite très actif sur le sujet) ou quelques institutions, dont le CNC³. Ce qui frappe c'est qu'au-delà d'une saine participation à l'initiative de l'OMS, il y avait là l'occasion de réactualiser, si nécessaire, au moins de remettre en avant une des meilleures législations qui existe : la nôtre.

La France a systématisé ce type d'approche à la suite du décret anesthésie par l'arrêté dit "matériel et dispositifs" (3/10/95). Cette réglementation là est qualifiante et responsabilisante. C'est en effet un des rares textes qui présuppose que les professionnels peuvent être compétents (l'habitude en France est de partir du postulat inverse, c'est l'Etat qui est compétent et qui donc va rendre obligatoire les comportements vertueux...). Juridiquement ce texte est aussi très intéressant puisqu'il inverse presque la charge de la preuve : en cas d'accident, il est protecteur des professionnels qui ont de bonnes pratiques. L'expert nommé par le juge est guidé par le manuel d'organisation du bloc dûment déposé en Préfecture et se trouve donc contraint d'expertiser l'affaire en partant de ce document supposé codifier les bonnes pratiques dans le cas concret dont il est chargé. Le Président de la HAS, lui, dans son rôle de régulateur, se réjouit du caractère "obligatoire" de sa check-list. "On va donc faire mieux que rattraper notre retard !" proclame-t-il. Non, Monsieur le Président, nous étions en avance, nous régressons, au moins



dans la méthode ! La taille du mille feuilles réglementaire et le turn-over des responsables expliquent-ils cette méconnaissance très courante du droit par les fonctionnaires qui le créent ?

Au-delà de cette occasion en grande partie ratée, il faut bien sûr que chaque équipe de bloc profite de cette

check-list pour mettre à jour ou vérifier le dispositif qu'elle a mis en place dans le cadre de l'arrêté de 1995... Et garder ainsi son avance sur la nouvelle "*obligation*".

¹ American society of anesthesiologists (USA)

² Organisation mondiale de la santé

³ Conseil national de la chirurgie

**Chez nous aussi,
l'économie
devra prendre le pas
sur la coûteuse
régulation
bureaucratique**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/27

Date de parution : lundi 6 juillet 2009

Sujet : **Réforme des systèmes de santé**

Mots types : Productivité ; Tarif unique ; Régulation ; USA ; Pays-Bas ; Grande Bretagne ; Cour des Comptes ; Tarification ; Dépassements

Année 2009 - p. 25/74

Maitriser les coûts des systèmes sanitaires et y développer la productivité sont des enjeux décisifs pour tous nos pays.

Aux USA, après la tentative avortée des Clinton, Barack Obama va sans doute arriver à créer un système d'assurance-maladie. Il a la majorité dans les sondages et en principe, sauf action décisive de la coalition « Blue Dog », dans les deux chambres. L'enjeu est que les dépenses de santé ne dépassent pas trop les 20 % du PIB¹ durant les prochaines années, tout en intégrant les 50 millions d'Américains qui échappent à toute couverture. Obama veut aussi pousser les bureaucraties privées à plus de productivité en leur imposant la concurrence d'un secteur public. Partout la lutte contre la bureaucratisation est centrale. La Hollande et la Grande Bretagne ont été pionnières en matière d'introduction d'un peu de concurrence régulée. Beaucoup suivent. L'Allemagne est la plus exigeante. Elle se crée une obligation constitutionnelle de résultat : déficit public plafonné à 0,35 % du PIB à partir de 2016 et budget équilibré à partir de 2020.

La France, au contraire, développe une politique de relance par le déficit et la dette. Officiellement l'hôpital n'en bénéficie pas. C'est nouveau. Bien sûr, les vieilles habitudes perdurent. Il n'y a pas de véritable politique de maîtrise des coûts. La France pense trouver le salut de son secteur sanitaire dans la centralisation, l'uniformisation et la régulation bureaucratique publique. Pourtant, le 24 juin, la Cour des Comptes demande une fois de plus

aux pouvoirs publics de "*dégager des marges d'efficience au sein du système de soins*"². Elle souhaite une action "*à la fois plus ambitieuse et plus durable*". Cette semaine, elle certifie "*avec réserves*" les comptes de la Sécurité Sociale³. En réponse les Ministres se félicitent des efforts réalisés depuis l'an dernier !

La FHP⁴ se lance, elle, dans une grande politique de communication sur le "tarif unique". Il s'agit bien sûr d'une accroche. Au-delà de la défense d'intérêts corporatistes légitimes, c'est sur le thème de la productivité du système que cette communication porte sens. Il est maintenant admis que, pour le pays, la convergence n'a de sens que sur les plus productifs, c'est-à-dire le secteur privé. Plus largement, la revendication du tarif unique souligne l'urgence d'un politique structurelle cohérente et équitable, assurant l'avenir du système sans obérer l'économie nationale. Approche par les prix et non par les coûts, bouclier sanitaire, abandon des systèmes d'auto-allocation de revenu, réduction des MIGAC et autres subventions au profit des tarifs, séparation des rôles d'opérateurs et de régulateurs de l'Etat, concurrence fictive, indicateurs de résultats... comptent parmi les piliers fondateurs de l'édifice qu'il nous faudra bien bâtir un jour.

Chez nous aussi, l'économie devra prendre le pas sur la coûteuse régulation bureaucratique.

¹ Production intérieure brute ou produit intérieur brut

² cf. mail UNHPC 09/268

³ cf. mail UNHPC 09/281

⁴ Fédération hospitalière privée



**La procédure
d'allocation
serait un bon moyen
et un bon motif
d'aider
les entrepreneurs
plutôt que
les chasseurs de primes**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/29

Date de parution : lundi 20 juillet 2009

Sujet : **Le "grand emprunt national" et la santé**

Mots types : Radiothérapie ; Entrepreneurs ; Aides ; Soutiens ; Subventions ; Chasseurs de primes

Année 2009 - p. 27/74

Il paraît que le "grand emprunt national" pourrait nous concerner.

La question de savoir si cette mesure est opportune et si le coût engendré ne se retournera pas à terme contre notre secteur (les hausses d'impôt étant quasi impossibles en France, la baisse des dépenses publiques est annoncée par beaucoup comme inévitable à terme dans notre pays) n'a pas à être discutée ici.

La question, ici, est de savoir comment notre secteur pourrait s'y insérer. Les services du Ministère s'interrogent, en particulier sur la radiothérapie. La commission Juppé-Rocard commence à peine ses travaux. La règle du jeu n'est pas encore totalement fixée, mais le séminaire gouvernemental, entre autres, en a fixé de façon logique les grandes lignes.

Vérifions.

- Fédérer les Français : oui, la santé les a toujours rassemblés.
- Etre créateur d'emploi : peu ou pas, la démographie ayant été bloquée par l'Etat.
- Répondre au retard de la France : oui, pour partie, en particulier pour la radiothérapie libérale qui a été écartée des plans précédents.
- Ne pas peser sur la balance commerciale : non, nos matériels sont très majoritairement importés.
- Consolider le tissu industriel national et la compétitivité du pays : non, nos industriels ont déserté le secteur.
- Toucher les secteurs stratégiques et à fort potentiel : non pour la même raison.
- Dépenses ayant une rentabilité pour les générations futures : oui, elles soignent au sens propre, et créent ou consolident des emplois qualifiés dans un secteur d'avenir, la santé.
- Utilité sociale et équité : oui, ce serait un moyen de réinsérer la radiothérapie libérale dans les dispositifs utiles auxquels elle a échappé ces dernières années.

On le voit, rien n'est évident, rien n'est donc acquis, mais la question vaut d'être creusée, argumentée et présentée à la commission Juppé-Rocard. Le ministère fait son travail, on ne s'en plaindra pas.

Les conditions de mise en œuvre sont importantes pour rester dans la logique du chef de l'Etat. Les échecs des procédures de dévolution administratives du type hôpital 2007 nous le rappellent. L'administration n'est pas là pour choisir a priori, ni pour créer des conditions artificielles d'investissement, fussent-ils de rattrapage, mais pour faciliter les investissements utiles au sein d'équipes ayant fait leurs preuves. Elle ne devrait ne se saisir que de dossiers bouclés avec les financeurs institutionnels sur critères de viabilité économique classiques, dans une logique de santé publique préalablement énoncée. Il y aurait ici l'occasion de moderniser l'Etat en sortant de la logique administrative qui aboutit à pénaliser ou à délaissier les bons pour aider les mauvais ou les retardataires. Enfin, comme le souligne un des deux responsables de la commission mise en place, Michel Rocard : "*Le diagnostic est limpide : les classes moyennes supérieures des pays développés sont en train de renoncer à l'espoir d'arriver à l'aisance par le travail au profit de l'espoir de réaliser des gains en capital rapides et massifs, bref de faire fortune. Ce comportement sociologique est incompatible avec le bon fonctionnement et surtout la stabilité du système*" (Le Monde 7/7/09). Cela s'applique aussi hélas à notre secteur d'activité, et pas uniquement aux personnes physiques.

La procédure d'allocation serait ici un bon moyen et un bon motif pour inverser la tendance, aider les entrepreneurs plutôt que les chasseurs de primes, dans le public comme dans le privé...



**Les choix
d'orientation de l'ANAP
sont importants et
valent d'être suivis.
Sa recherche de
cadres compétents mérite de
déclencher des candidatures.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/30

Date de parution : lundi 27 juillet 2009

Sujet : **ANAP**

Mots types : Stratégie ; Orientation ; Gestion ; Performance ; Optimisation ; Maîtrise des dépenses ; Benchmarking ; MEAH ; MAINH ; GMSIH

Année 2009 - p. 29/74

La loi HPST modifie le paysage institutionnel. Elle est faite pour cela. Mais le débat se limite souvent aux ARS. Cela est dommage. Par exemple, la nouvelle **ANAP, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux**, mérite attention (Art. L. 6113-10 du CSP).

L'ANAP sera un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Nous y serons donc présents.

L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.

Dans le contexte actuel on peut tout craindre. Dans le prolongement de ce qu'était devenue la MEAH¹ aux yeux de certains, on aurait une super-société savante qui apprendrait aux professionnels, supposés peu compétents, comment faire leur travail. On se souvient qu'à l'origine, la MEAH avait soulevé des espoirs contraires : l'État, enfin, descendrait sur le terrain et apprendrait la réalité des choses.

L'expérience montre que les textes fondateurs ne suffisent pas à déterminer la pratique des institutions et qu'une grande marge de liberté existe de fait dans leur orientation durant les premiers mois de leur existence. Il en sera de même pour l'ANAP et c'est ce qui vaut plus particulièrement attention. Les Fédérations n'ont pas pris position. Mais les responsables et le directeur général (M. Christian Anastasy) sont en pleine réflexion.

Soit l'ANAP est le bras armé des ARS² et de la DHOS³ en matière de gestion et de "performance" en leur apportant un savoir faire et une capacité de benchmarking qu'elles n'ont pas ou peu. Elle renforce le centralisme bureaucratique. Elle sera aussi, dans ce cas, celle qui se verra confier les dossiers "chauds" : *"Je suis ennuyé par Carhaix et par Saint Affrique. Débrouillez-vous, je veux que dans 15 jours on n'en entende plus parler..."*.

Soit l'ANAP est un lieu de liberté et d'initiative et, tel Sirius le sage, se donne une capacité d'expertise "indépendante" afin d'énoncer des pistes d'amélioration de la performance du "système". Elle se comporte alors, malgré son statut de GIP, comme une agence indépendante.

Le débat n'est pas neutre et, à défaut d'y participer, vaut d'être suivi. La nature de l'ANAP sera, selon l'un ou l'autre cas, très différente. Les deux options ont leurs avantages et leurs risques spécifiques. Ces choix d'orientation se prennent lors des premiers mois. Après, une réorientation est beaucoup plus difficile. Le fait que les responsables nommés posent d'emblée ce débat d'orientation est une heureuse surprise. Faisons en sorte qu'elle soit féconde.

Par ailleurs, l'ANAP, qui rassemble les équipes de la MEAH, de la MAINH⁴ et du GMSIH⁵, est bien pourvue en compétences spécialisées. Mais ses responsables cherchent à compléter leurs équipes avec des compétences plus généralistes, plus "systémiques". Le secteur privé avait su dégager des candidatures de grande qualité lors du recrutement du Directeur. Il est de son intérêt que des candidatures de cadres ayant eu des responsabilités de bon niveau dans le système hospitalier et ayant une expérience concrète du privé se fassent connaître.

¹ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

² Agence régionale de santé

³ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

⁴ Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier

⁵ Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GIP - 2000)



Comment sortir
de cette
incontinence
réglementaire
pour être
plus efficaces ?

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/31

Date de parution : lundi 3 août 2009

Sujet : **Réglementation**

Mots types : Volume ; Production ; Textes réglementaires ; HPST ; Bachelot ; Radiothérapie ; Radiophysique ; Check-list ; Autorisations

Année 2009 - p. 31/74

Il est loin le temps où Madame Bachelot, comme beaucoup de ses prédécesseurs, s'écriait : « *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 !* » (Hôpital Expo le 27 mai 2008).

Voilà maintenant qu'elle précise qu'elle veut mener "avec célérité" le travail d'"ingénierie réglementaire tout à fait considérable" qui doit accompagner la mise en œuvre de la loi. Cette loi est une des plus longues que nous ayons connue. La Ministre s'est fixé comme objectif d'avoir finalisé les 145 textes réglementaires, dont huit ordonnances, pour fin juin 2010.

Si nous comptons bien cela fait plus de 12 par mois, près de trois textes par semaine !

Arriverons-nous à vous les fournir ?

Arriverez-vous à les lire, à les faire lire par vos collaborateurs ?

Qui arrivera à digérer tout cela ?

"*J'ai besoin dans l'immédiat d'une cinquantaine de décrets*", a indiqué la Ministre le 8 juillet dernier.

Le rapprochement de trois faits récents trouble plus encore.

- Les textes (décret et arrêté) relatifs à la **période intermédiaire transitoire** concernant les conditions techniques de fonctionnement des centres de radiothérapie à l'égard de la radiophysique viennent de sortir. Ils sont la triste preuve qu'il est très difficile pour l'administration de revenir sur un mauvais texte, même lorsqu'il est nuisible. En fait cela est impossible lorsque ce texte a été présenté comme un texte accroissant la sécurité et que les politiques ont monté la pression sur le "risque". La logique réglementaire n'est plus celle consistant à interdire ce qui est dangereux ou à aider les professionnels, elle consiste à protéger les politiques.
- L'affaire de la **check-list des blocs opératoires** illustre un autre phénomène. Le foisonnement des textes et le turn over des fonctionnaires chargés d'en produire font que, de plus en plus souvent, des textes pourtant peu

anciens sont oubliés et parfois, c'est le cas, au profit de textes de moins grande valeur. La check-list est une régression étrange et regrettable sur "matériel et dispositif".

- Malgré tous les engagements, les textes d'application de la précédente réforme ne sont toujours pas tous sortis. Certains sont importants. La motivation des fonctionnaires ne fera que baisser, ils ont maintenant d'autres impératifs. Rappelons que nous partions, entre autres, d'une ordonnance (4/9/2003) "*portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé*". En guise de simplification, le régime (nécessaire et utile) des autorisations a été éclaté en 18 "*activités de soins*". L'activité "*traitement du cancer*" montre qu'il faudra pour chacune de ces 18 activités plus de 10 textes différents à chaque fois. Mais, incroyable, les **textes relatifs au nouveau régime des autorisations concernant la chirurgie et la médecine** ne sont toujours pas sortis ! Etrange irresponsabilité...

Bref, la machine à sortir des textes réglementaires ne marche pas bien. Elle n'est pas performante, comme on dit maintenant. L'indicateur de production en volume existe. On ne félicitera jamais assez l'équipe de fonctionnaires courageux de Légifrance qui, depuis 2006, sort régulièrement le tableau de bord de suivi de l'évolution quantitative du droit français. La France bat des records, mais la santé est de très loin en tête de tous les secteurs, en volume comme en tendance. Les choses ne vont donc pas bien.

"*Les lois les plus désirables sont les plus rares, simples et générales*" écrivait Montaigne dans ses Essais en 1580. "*L'impératif responsable*" dont parlait Madame Bachelot, "*cette philosophie de la responsabilité détermine l'esprit de notre réforme*" est oublié. Il reste pourtant fort à faire et, la preuve est faite, nous ne savons pas faire.

Risquons une suggestion très modeste. Pourquoi la DHOS¹ ne donnerait-elle pas une priorité aux futurs STIC² sur le thème "*comment sortir de cette incontinence réglementaire pour être plus efficaces ?*", en finançant



des projets multidisciplinaires et en faisant appel à des | santé et de l'étranger ?
compétences en provenance de secteurs autres que la | _____

-
- ¹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé
² Soutien aux techniques innovantes coûteuses (programme de soutien depuis 2000)

Comme toujours,
il nous faudra
sans cesse rappeler
notre existence
et
nos spécificités

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/35

Date de parution : lundi 31 août 2009

Sujet : **Rentrée 2009**

Mots types : Rentrée ; Plan Cancer ; Oncologie médicale ; Anatomocytopathologie ; Radiothérapie ; Chirurgie ; Tarification ; Grippe H1N1 ; Autorisations ; Compétence

Année 2009 - p. 33/74

C'est la rentrée pour tous. Au niveau de nos relations avec les institutions de santé, le mois d'août a été calme. Plus calme que les années précédentes. Il est vrai qu'HPST venait de sortir.

Pourtant, comme à chaque rentrée, de nombreux dossiers nous attendent.

Le **nouveau Plan Cancer** sortira sans doute rapidement. Comme toujours, il nous faudra sans cesse rappeler notre existence et nos spécificités, essayer de trouver notre place dans les financements prévus.

Les grands dossiers délaissés restent les mêmes. C'est le cas de l'**oncologie médicale**. L'INCa¹ essaie de compenser son inaction sur le sujet par un nouveau projet de décret qui lui auto alloue une compétence pour reconnaître la "compétence" des oncologues et qui s'empresse d'élargir celle-ci en revenant sur le décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité des soins de traitement du cancer. Ce décret de mars 2007 avait pourtant fait l'objet de travaux longs, importants et concertés qui avaient débouché sur l'accord de tous. Double erreur donc. Ce n'est pas à l'INCa de décerner des brevets de compétences. L'Ordre et les universitaires sont là pour cela. Son rôle est de les susciter, de les soutenir et de les mettre en œuvre. De plus, le sujet n'est plus celui de la reconnaissance des spécialistes d'organe, le sujet est celui de la prise en charge des conditions de l'avenir de l'oncologie médicale en France.

L'**anatomocytopathologie** est, elle aussi, toujours en souffrance. Les anatomopathologistes ne sont pas restés inactifs durant l'été. Une fois de plus ils ont saisi les autorités compétentes. Nous nous ferons bien sûr l'écho de leurs initiatives. Notre solidarité active leur est acquise, parce qu'ils ont raison, parce qu'ils ont un bon dossier

parce que, au-delà de leur avenir, il en va du nôtre et de nos activités chirurgicales en particulier, mais pas seulement. La solidarité qu'ils conservent entre eux, envers et contre tout, entre "publics" et "privés" est une leçon et un exemple pour nous tous.

La **démographie en radiothérapie** et en particulier en radiophysique restera source de risques, en particulier de risques administratifs tant ce dossier, insuffisamment ou mal géré, est appelé à durer encore plusieurs années.

La **tarification** sera un des enjeux de la rentrée et surtout de la fin d'année. Les tentations de revenir sur les acquis de la chimiothérapie seront plus fortes que jamais à la DHOS². Nous comptons ici sur la dynamique de l'action de la FHP-MCO³ et de la FHP sur ce dossier qui sera géré en commun. Mais gare aux études de coût qui sont faites en coût direct au lieu de l'être en coût complet ! Les rattrapages sont ensuite difficiles.

Certains dossiers vont se boucler rapidement. Celui des **autorisations** en particulier. Un dernier coup de collier donc, sur ce dossier que nous portons depuis fin 2003 ! La rentrée nous promet quelques dossiers nouveaux. Plusieurs adhérents nous demandent des clarifications concernant les soignants et les malades du cancer en matière de **pandémie grippale H1N1**. Nous serons amenés à prendre rapidement des initiatives en ce sens auprès des autorités.

Bref, une rentrée chargée au plan national comme elle l'est dans chacun des établissements au moment de la reprise, pour des mois toujours décisifs pour la réussite de l'exercice. Bonne rentrée à tous donc.

¹ Institut national du cancer

² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

³ Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)



**Le texte
"compétence
en chimiothérapie" :
une régression
qui est aussi
une catastrophe**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/36

Date de parution : lundi 7 septembre 2009

Sujet : **Oncologie médicale**

Mots types : Réglementation ; Spécialistes d'organe ; Ordre des médecins ; Fédérations ; Patients ; Compétence ; Oncologie médicale ; Autorisation

Année 2009 - p. 35/74

La semaine passée a donné lieu à de nombreux échanges sur le projet de décret en concertation concernant l'ouverture des prescriptions de chimiothérapie à de nouveaux médecins. Nous en publierons très vite tous les détails.

Le consensus très large en début de semaine pour s'opposer à ce texte étrange s'est un peu émoussé en fin de semaine, chacun préférant sa formulation et chacun succombant peu ou prou à la tentation de laisser filer.

Tous les acteurs sont concernés par cette initiative :

- l'Etat qui ne sait plus où il en est et qui modifie les règles du jeu en permanence, y compris en cours de partie, ce qui est quand même nouveau (les procédures d'autorisation sont en phase finale dans toutes les ARH) ;
- l'Etat encore qui se décrédibilise pour une seconde raison. Manifestement le secret sur l'élaboration de ce texte n'en était pas un pour tout le monde et les autorisations données aux établissements ne disposant pas de médecins qualifiés selon les décrets en vigueur prennent une signification nouvelle au goût amer ;
- l'Ordre des médecins, responsable avec l'Université des reconnaissances de compétences. L'apparition soudaine d'un nouvel acteur, l'INCa, même sur un champ limité, devrait l'interpeller. Personne n'a à gagner à la confusion des rôles ;
- les établissements et les équipes d'oncologues de toutes spécialités qui en leur sein ont fait leur travail soit pour être établissement autorisé soit pour être établissement associé. La qualité ne paye pas. Il leur faudra pourtant ne pas se décourager ;
- les Fédérations d'établissements à qui il est demandé, une fois de plus, d'être plus courageuses que l'Etat

pour maintenir des règles d'organisation à peu près cohérentes en termes de qualité et de sécurité des soins, contre leur intérêt immédiat ;

- les médecins qui voient une fois de plus leurs problèmes, ici les règles de reconnaissance de leur qualification, réglés par un jeu de billard à trois bandes, via les établissements ;
- tous les acteurs du système de santé car ce texte invente une médecine à responsabilité collective. Il fallait déjà lutter contre l'Etat qui pousse à considérer la médecine comme un commerce. Il va falloir lutter contre une autre tentation de l'Etat, celle de faire de la médecine une administration. En médecine, il ne suffit pas de respecter les protocoles pour faire de la bonne médecine et se protéger de toute responsabilité comme dans une administration ;
- les patients car ils ont tout à perdre à la réduction de l'oncologie médicale à une simple question de droit de primo prescription de chimiothérapie ;
- la cancérologie dans son ensemble car ce n'est pas en permettant à quelques spécialistes nouveaux de faire des chimiothérapies qu'on réglera la question du devenir de l'oncologie médicale, transversale et de spécialité ;
- les oncologues, de toutes spécialités, car une fois de plus, malgré les Plans Cancer successifs, leurs problèmes ne sont pas pris en charge et les succédanés finiront par faire croire ou dire qu'ils l'ont été.

Petit texte, mais pas anodin du tout. Mauvaise rentrée pour la cancérologie.



Que vaut
le développement
si, sur son chemin,
il ne trouve pas
les moyens de soigner
les citoyens,
tous les citoyens ?

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/37

Date de parution : lundi 14 septembre 2009

Sujet : **Réforme du système de santé américain**

Mots types : USA ; Réforme ; Europe ; Développement ; Charité ; Responsabilité collective ; Observatoire des systèmes de santé européens ; Obama

Année 2009 - p. 37/74

La réforme du système de santé américain a beaucoup plus de mal à passer que prévu. La revue de presse de cette semaine en témoigne.

Cela est surprenant pour les Européens que nous sommes.

Il nous arrive parfois, en France en particulier, de caricaturer le système de santé américain. Nous sommes aussi les premiers, souvent, à profiter de leur savoir et à vouloir diffuser leurs innovations. Pourtant ce qui frappe, là-bas, en ce moment, c'est le déchaînement de quelques Américains assez bien relayés par les médias dans leurs critiques des systèmes de santé européens, anglais et français en particulier.

Beaucoup d'entre nous connaissent des Américains, sensibles et parfois plus cultivés que la moyenne, qui s'opposent au but de cette réforme : offrir une couverture sociale à tous les Américains. C'est cela qui est réellement surprenant. La discussion sur les modalités est nécessaire : la diversité des systèmes montre qu'il y a toujours quelque chose à apprendre. Mais peut-on s'opposer au but ?... En fait cela montre que dans ce genre de réforme il faut aller vite et ne pas procéder par étapes. Sinon on crée des privilèges qui suscitent la formation d'un corps social qui oubliera sa propre histoire et refusera très vite l'extension des privilèges dont il jouit à d'autres.

Partout, y compris dans les anciens pays de l'Est, les sondages montrent une nouvelle et forte majorité pour plus d'Europe, pour une Europe plus solidaire et plus affirmée au plan international. En matière de santé, chacun tient à son propre système. Pourtant il est vrai que les fondements de nos systèmes sont partout les mêmes. Le Conseil de l'Europe l'avait constaté et affirmé en 2006. L'étude de l'Observatoire des systèmes de santé européens que nous vous avons récemment circularisée (UNHPC 09/345 du 4/9/09) le confirme en les rappelant : "*assurance universelle, principe de solidarité dans le*

financement, équité d'accès et fourniture de soins de santé de haute qualité". Comme le dit très bien l'article du NEJM¹ que vous trouverez dans cette revue de presse (en 11.2), les Etats Unis ont des enseignements à tirer des systèmes de santé européens. C'est certain.

Mais, les économistes nous le disent : notre beau métier n'est pas dans les priorités des sociétés peu développées. Se nourrir, se loger, avoir un travail, vivre en paix tout cela passe avant la santé. Nos marginaux nous le rappellent encore souvent, hélas.

A l'inverse dans les sociétés développées comme les nôtres, alors que tous ces préalables sont acquis, la santé devient un droit, les systèmes sanitaires deviennent un des ciments du "vivre ensemble", un acquis prioritaire, un indispensable régulateur social. L'accès aux services de santé sort de la sphère de la charité pour rentrer dans celle de la responsabilité collective.

Les Américains nous offrent ici une autre leçon. Abandonner ces principes est une tentation, surtout par ces temps difficiles du point de vue des financements collectifs. Succomber à cette tentation est facile et peut se faire vite. Revenir à la situation d'avant la crise serait long et difficile.

Les Américains, indirectement nous adressent un encouragement : tenons-nous fermement à nos principes fondateurs, trouvons les solutions pour continuer à les faire vivre, le come-back serait plus difficile que l'abandon, même partiel.

Au total, à un moment où on associe le sauvetage de la planète à tout ou presque, où le développement durable devient une mode, c'est un autre enjeu de la réforme du système de santé américain qui est souligné, un enjeu de civilisation. Que vaut le développement si, sur son chemin, il ne trouve pas les moyens de soigner ses citoyens, tous ses citoyens ?

¹ New England journal of medicine



**Un système
de rémunération
plus cohérent, plus pérenne
et plus digne
ou un simple aménagement
de l'intolérable ?
Le virus mortel
est toujours actif**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/38

Date de parution : lundi 21 septembre 2009

Sujet : **Dépassements d'honoraires**

Mots types : Chirurgie ; Convention ; Dépassements ; Secteur 2 ; Secteur optionnel ; UCF ; Valeur ; Acte chirurgical

Année 2009 - p. 39/74

C'est la semaine de la rentrée pour les grandes organisations syndicales de médecins. Ces réunions sont d'autant plus importantes que les échéances sont là : nouvelles négociations conventionnelles, délai de rigueur pour trouver un accord sur le secteur optionnel, mise en place d'HPST...

Il y avait, entre autres, ce week-end, la XV^e Université d'été de la CSMF¹, l'Université du SML qui mettait au point ses propositions pour la future convention médicale et ce vendredi, l'UCF (**Union des chirurgiens de France**) organisait ses Rencontres sur le thème "*Quel coût, quel prix et quelle valeur pour l'acte chirurgical ?*".

L'UCF précisait sur son programme : « *Après la loi HPST² et avant le PLFSS³ 2010 et la future convention, l'UCF a souhaité réunir tous les acteurs afin d'enrichir le débat et de trouver ensemble les justes propositions* » (cf. mail UNHPC09/366 du 8/9/2009).

Ces Rencontres ont donné lieu à des interventions de haut niveau. Dominique Coudreau a raconté l'histoire de la création du secteur 2. Ce fut un peu du petit commerce du genre : "*je vous donne ça si vous signez ça...*" On imagine toujours une origine très noble aux grandes réformes, mais elles sont souvent issues de quelques initiatives de cuisine. Jean-Louis Douroussat a expliqué pourquoi les cliniques doivent avoir un rôle de régulateur des honoraires. MG France a développé son intérêt politique pour une alliance parfois un peu surprenante. Les représentants des Mutuelles et des complémentaires ont parfaitement illustré ce que savent les économistes : la concurrence dans le financement des soins ne produit ni qualité ni efficacité mais produit de l'inflation (au contraire de la concurrence par comparaison dans la production...). Elles n'ont pas caché leurs contradictions sur le sujet des "dépassements". Les cadres de l'UCF ont développé, eux, des approches économiques comme il ne s'en faisait pas ou peu, il y a quelques années, chez les chirurgiens, tant sur les postes de coût que dans l'approche de la CCAM. Seul le CISS a eu du mal. Sa position était peu claire.

Bref la journée a été entièrement consacrée aux "*dépassements*" - mot qui ne plaît à aucun chirurgien.

Disons-le : ces travaux avaient quelque chose d'exemplaire. Ils illustraient le travail que peut faire un syndicat responsable, son Président, Philippe Cuq en l'occurrence, et ses cadres dirigeants, pour élever le niveau, celui de ses mandants comme celui des Tutelles lorsqu'elles sont défaillantes, déjouer les pièges auxquels on les soumet. Travail courageux, opiniâtre et lucide qui porte ses fruits. Exemple, donc, même s'il reste beaucoup à faire.

En effet, pour reprendre le titre d'un article récent sur la crise financière, oui, "*le virus mortel est toujours actif*" (Paul Morion Le Monde du 15/9/09). Pourtant, que de changements ! Il y a peu on se retrouvait en pareil cas face à une agora désordonnée. Tout raisonnement y était impossible. Les surenchères étaient de mise. Le principe pervers et destructeur du secteur 2 n'était pas contesté, il fallait en tirer un maximum pour se venger d'un Etat et d'une Assurance Maladie à l'origine de tous les maux. Vendredi on sentait bien quelques tentations, cela est bien normal. Mais ce qui dominait c'était le raisonnement économique sur la juste rémunération, sur la vérité des coûts, sur les spécificités de la chirurgie, sur la logique de la CCAM⁴, sur les conditions d'une vraie négociation. Plusieurs chirurgiens se sont faits applaudir en dénonçant l'humiliation à laquelle on les soumettait en les obligeant à demander des dépassements et en demandant qu'on en sorte. Face à un Etat mauvais patron, au comportement pervers et mortifère pour les professions concernées comme pour les cliniques, les chirurgiens syndicalistes montraient un sens des responsabilités fondateur. Il leur fallait tout à la fois une juste rémunération et un abandon du principe mortifère imposé par les Tutelles, car le moyen n'est pas neutre sur la fin, sur la conception que l'on a de son métier et de sa dignité.

Alors, bien sûr, l'actualité est revenue. Frédéric van Rookeghem a habilement tout mélangé et a surtout développé toute une série d'arguments tendant à montrer que les plus privilégiés n'étaient pas ceux que l'on croyait et que les vrais conflits étaient en fait entre les spécialités chirurgicales. Pour lui, il fallait aller très vite, pour tenir les échéances d'Octobre, et donc négocier tout de suite avec ceux qui y étaient prêts. Roselyne Bachelot n'a pas du tout abordé le sujet du jour, hélas. Mais elle a insisté sur l'application d'HPST, sur la "démocratie". Comprenez



qu'elle est sur la position exactement inverse de celle du patron de l'UNCAM⁵. Pour elle, il est temps de passer par l'étape préalable des élections et de la mise en place des trois collèges.

Conclusion, les chirurgiens progressent sur le fond, mais ne négligeons pas la "cuisine" des prochaines semaines. C'est bien d'elle que sortira un système de rémunération

plus cohérent, plus pérenne et plus digne ou un simple aménagement de l'intolérable pour qu'il y ait moins "d'abus", comme disent ses concepteurs, et que tout continue comme avant.

¹ Confédération des syndicats médicaux français

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

³ Projet de loi de financement de la sécurité sociale

⁴ Classification commune des actes médicaux (remplace la NGAP et le CDAM en 2002)

⁵ Union nationale des caisses d'assurance maladie

**"Il y aura toujours
de grands médecins"**

**Les récits des vies
qui en témoignent
nous sont précieux.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/39

Date de parution : lundi 28 septembre 2009

Sujet : **Mémoires et témoignages**

Mots types : Gatelmand ; Hœrni ; Serfaty ; Kervasdoué ; Mémoires ; Témoignages

Année 2009 - p. 41/74

Depuis quelques temps, certains anciens responsables du système de santé publient leurs mémoires. Rappelons, entre autres et par exemple, le livre récent de Louis Serfaty *"Une passion, trois métiers"*. Cette semaine nous a donné l'occasion de vous présenter deux livres de "mémoires" très différents par leurs auteurs comme par leur style. Il s'agit du livre de Raymond Gatelmand *"La chirurgie sacrifiée, 70 ans de souvenirs professionnels et syndicaux"* - UNHPC 09/397 - et de celui de Bernard Hœrni : *"Le crabe et le calame - Un demi-siècle de médecine (1958-2008)"* - UNHPC 09/399 -.

Par ailleurs on commence à constater ce qui était annoncé depuis longtemps : la génération du baby-boom arrive à l'âge de la retraite et commence à faire valoir ses droits, massivement. Le petit monde des leaders du système va maintenant se renouveler très vite, dans les mois qui viennent, au plus dans les toutes prochaines années.

Ces deux faits, peu superposables, posent la question de la transmission.

Il y a quelques années Bernard Glorion, alors Président du Conseil National de l'Ordre, s'inquiétait sur un sujet grave, celui de la difficulté de beaucoup de médecins à s'engager, à assumer des responsabilités collectives. Il résumait parfois son inquiétude par cette question forte : *"Peut-on former à la responsabilité ?"*. La réponse est difficile. Il n'empêche, le témoignage de ceux qui se sont engagés, qui ont su prendre et assumer des "responsabilités", ne peut qu'aider ceux qui s'y préparent comme ceux qui en assument.

Les deux "témoignages" présentés cette semaine contribuent à la "transmission" nécessaire entre les générations. Bernard Hœrni, a été professeur et a écrit un très grand nombre de livres qui organisent et formalisent eux aussi - et avec quelle qualité ! - cette "transmission". Ces

mémoires, ces témoignages sont d'un ordre différent, mais ils transmettent eux aussi une forme d'expérience.

Parfois, des esprits forts se gaussent. D'autres rappellent que l'expérience des autres ne sert jamais. Ils ont tort. Qui peut s'engager sans connaître son histoire, ses racines, les enjeux, les logiques à l'œuvre ? Sans être des livres scientifiques d'historiens, ces témoignages participent à la mémoire collective, ils contextualisent et synthétisent le point de vue de contemporains engagés. Ils éclaireront les historiens.

Parfois aussi, des responsables du système de soins se retrouvent en position allongée, à l'hôpital. Alors, le point de vue diffère. On se souvient il y a quelques années de quelques critiques sévères sur le témoignage de Jean de Kervasdoué paru sous le titre *"L'hôpital vu du lit"*. *"Tiens, disaient certains, il se rend compte maintenant !"* Beaucoup, au contraire, avaient lu ce livre comme la justification, par l'épreuve, de toute une vie d'engagement.

Bref, il faut se réjouir de la multiplication de ces témoignages. Il en est de très grande qualité. Ceux-là nous sont particulièrement nécessaires. C'est le hasard qui nous amène à réunir Hœrni et Gatelmand dans nos recensions de cette semaine. Hœrni termine son ouvrage par un hommage à Bergonié et ponctue ses phrases de *"il y aura toujours de grands médecins pour..."*. Gatelmand reproduit en exergue une citation d'Henri Bergson qui situe une culture, une tension revendiquée *« Le pur intérêt personnel est devenu à peu près indéfinissable tant il entre d'intérêt général, tant il est difficile de les isoler l'un de l'autre. »* Les récits des vies qui en témoignent nous sont précieux.



« N'oubliez pas que soigner
c'est d'abord
soigner l'angoisse
pour faire accepter
le traitement »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/40

Date de parution : lundi 5 octobre 2009

Sujet : **Assises nationales des réseaux**

Mots types : Nice ; Mode ; Evaluation ; Réseau de santé ; Service ; Judiciarisation ; Eric de Mongolfier ; Justice

Année 2009 - p. 43/74

Les 5^{es} Assises nationales des réseaux de cancérologie se sont tenues les 1er et 2 Octobre derniers à Nice. Comme toujours, on peut faire un bilan contrasté des interventions, c'est le propre de tous les congrès.

Globalement les participants étaient déçus de la très faible représentation à haut niveau des Tutelles. Il est frappant de constater combien ces hauts responsables sont sensibles aux modes politiques. On officialise ou on reconnaît une pratique. Aussitôt qualifiée d'innovante, il s'agit d'une panacée, elle résout tout. Pourtant, comme dit l'humoriste : "ce n'est pas parce qu'on a inventé le marteau que tous les problèmes sont devenus des clous !". Et puis, tout d'un coup, la mode passe. Plus rien ou presque. Donc, les réseaux ne sont plus à la mode. Heureusement ils ont fait la preuve de leur maturité, en particulier, ici, les réseaux régionaux de cancérologie. Nous les savions indispensables. La preuve en est maintenant faite. C'est leur meilleure garantie.

Plusieurs sujets ont dominé. Au risque d'être réducteur, évoquons-en quelques-uns :

- La capacité à mener des évaluations. Plusieurs expériences positives ont été rapportées. Auto saisine, définition d'une méthode acceptable par tous, publication des résultats. On avance. On ne peut qu'admirer le courage et le professionnalisme de ceux qui osent exposer leurs résultats même lorsqu'ils sont décevants.
- Celui des systèmes de communication. Ce sujet-là est un sujet clef, mais difficile. Tout le monde en connaît le contexte. Des expériences positives ont été exposées.
- Les réseaux régionaux sont des sociétés de service. Ils font la preuve de leur maturité. Mais les réseaux de santé, donc de territoire, étaient moins présents lors de ces Assises. Ils sont tout autant indispensables. Leur

présence devra être renforcée.

- L'intérêt porté à la session juridique et la qualité des interventions montrent en creux que la question du droit des réseaux demeure. En particulier la question de la responsabilité a, une fois de plus, été longuement évoquée.

Le Procureur Eric de Mongolfier en séance de clôture sur le thème de la judiciarisation, c'était la garantie d'une salle pleine. Ce fut justifié. Tout le monde s'attendait à un exposé brillant. Il le fut, extrêmement. Mais la surprise vint plutôt du discours de bon sens, empreint de beaucoup d'humilité et d'humanité tout en restant incisif. "En médecine, l'assureur inquiète alors que le procureur rassure..." "Au-delà de vos techniques et de votre savoir faire, n'oubliez pas que soigner c'est d'abord soigner l'angoisse pour faire accepter le traitement". "Il n'est de l'intérêt de personne que le médecin ait peur". Il a plusieurs fois provoqué l'hilarité de la salle en évoquant, par exemple, l'attitude des soignants devant le juge ou le sujet récurrent de la signature du consentement par le patient, sujet encore longuement évoqué le matin même. Il a cité son cas. Alors qu'il était opéré des yeux et, dit-il, qu'il était incapable de lire, on l'importunait en lui présentant sans cesse des consentements à signer. A tel point qu'il "s'est demandé si à la sortie il n'allait pas tenter une action en justice pour contester la validité de ses signatures !..." Voilà qui recadrerait les débats. Ça ne règle pas les problèmes, mais, en effet, le procureur a rassuré. C'était nouveau et sans doute ce dialogue a-t-il été fondateur.

Merci aux organisateurs de Nice. Les prochaines Assises auront lieu l'an prochain à Vichy. Bon vent à Oncovergne et à l'ACORESCA¹ !

¹ Association des coordonnateurs de réseaux de cancérologie



**27 ans après,
il faut encore apprendre à l'Etat
que
lorsqu'on a
un bel outil
il faut savoir
s'en saisir
et s'en servir.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/41

Date de parution : lundi 12 octobre 2009

Sujet : **T2A**

Mots types : PMSI ; Nominations ; ARS ; Régulation ; Kervasdoué ; Loth ; Coca ; Coulomb ; Serfaty ; Rameix ; Bazy-Malaurie ; Aoustin ; MIGAC ; ATIH

Année 2009 - p. 45/74

Le dossier T2A¹ est long et difficile. On pourrait penser qu'en matière hospitalière comme chez tous ceux qui produisent des biens ou des services, "*être payé pour ce que l'on fait*" est plus enviable, plus logique, plus efficace et plus éthique qu'être "*payé pour ce que l'on est*" (dotation globale et la plupart des MIGAC²). Et bien non. A 27 ans, le dossier reste fragile et dépendant de quelques individus. La nomination des directeurs d'ARS a un impact collatéral inattendu car celle de Martine Aoustin amène à se poser la question du devenir de la T2A comme outil d'orientation et de régulation.

En 1982, Jean de Kervasdoué et quelques courageux lucides tentent de l'installer. La comptabilité analytique devenant obligatoire, ils se donnent un an pour passer du PMSI³ à la T2A. Oubli.

Arrive Chirac qui est dans sa période Reagannienne. Ordre est donné de mettre fin à cette réforme "*issue de la gauche*". Il faut l'entregent d'un conseiller pour faire remarquer qu'aux USA l'administration Républicaine promet un tel système. Sursis.

A la fin des années 80, les grands esprits expliquent que "*c'est impossible à faire*", que "*ça ne sert à rien*", d'ailleurs "*les USA eux-mêmes abandonnent*". Il faut le courage de deux fonctionnaires, le travail acharné d'A. Loth et les études d'E. Coca pour oser s'allier à quelques représentants du privé qui, eux, veulent faire. C'est l'expérimentation de 16 cliniques. Elle sauve l'outil : ce qui est possible en clinique doit bien l'être à l'hôpital.

Avec A. Coulomb et une petite équipe, l'accord du 4 avril 1991 arrache la décision de la T2A "*avant la fin de l'année*" ! Rien. Puis promesse électorale de généralisation du "*paiement à la pathologie*". Promesse aussitôt oubliée. Mais grâce à l'insistance de quelques-uns, dont L. Serfaty, on repart en fait pour une "*expérimentation*", celle du Languedoc Roussillon. Sauvé.

Les comités succèdent aux comités. Le CHU⁴ est expérimentateur, on laisse donc tomber l'excellent système de contrôle mis en place avec les cliniques. Trop rigoureux. Mais quelques fonctionnaires entreprenants font passer le "surcoût" de l'enseignement de 23, à 18, puis à 13 %. La

science ! Personne dans les CHU ne se méfie.

Puis l'habileté d'un conseiller fait prendre à Simone Veil un décret d'extension.

Puis deux personnes venues de l'extérieur, G. Rameix Directeur de la CNAM⁵ et C. Bazy-Malaurie Directrice des hôpitaux, essayent de faire avancer le dossier, par exemple en créant une "*échelle commune de référence*". Une évidence qui reste nécessaire. L'administration bloque. Trop dangereux.

On multiplie encore les rapports. Puis, miracle, avec J. F. Mattéi, l'homme de toutes les subventions, qui nomme Martine Aoustin à la tête d'une "*Mission tarification à l'activité*" et la charge de passer à l'opérationnel. Responsabilité écrasante. Presque personne n'y croit. Le passage à l'acte n'a en fait jamais été préparé. De nouveau tout repose sur une personne. Elle y arrive. On peut critiquer, beaucoup ne s'en privent pas. Rien n'est parfait. Il n'empêche, la T2A passe à l'opérationnel et le rythme de progression est plus rapide que ce qui avait été officiellement prévu. Cela vaut grande reconnaissance collective.

Il est toujours dangereux de personnaliser. Ici, on y est pourtant obligé. On l'a vu, la vulnérabilité de l'outil tient de sa dépendance à quelques personnes.

Certes tout le monde se sert maintenant du PMSI "*descriptif*", et c'est heureux (pendant 20 ans on nous a pourtant dit qu'il n'était pas fait pour ça). Mais les hôpitaux sont toujours incapables d'émettre des factures. Les MIGAC gagnent du terrain. Il n'y a toujours pas de chefs de produits à la DHOS⁶ ! Le ministère ne s'est pas restructuré en fonction des "*produits*" qu'il est censé payer. Depuis 27 ans on sait bien qu'il y faudrait un responsable par grande pathologie, par groupe homogène de GHM⁷/GHS⁸. Il faudra bien que l'Etat ait les moyens de piloter son outil, de s'en servir, tout simplement. Ce temps n'est pas encore arrivé. On a l'ATIH⁹ qui, par fonction, ramène le PMSI à une mécanique, et encore, réduite à une approche par les coûts, certes nécessaire, mais qui paralyse un Etat qui devrait, à la Santé comme partout ailleurs, avoir une approche par les prix. Les coûts ne sont pas un pi-



lote. La plus belle des mécaniques ne peut rien sans pilote. C'est vrai des belles voitures. C'est vrai de la T2A, de chaque GHM/GHS. On a la mécanique. On a aussi la route avec l'ONDAM¹⁰. On n'a pas de pilote ni de feuille de route.

Une personnalité sortira-t-elle qui, seule ou presque, pérenniserait enfin le système en apprenant à l'Etat que lorsqu'on a un bel outil il faut savoir s'en saisir et s'en servir, qu'entretenir la route et la mécanique ne suffit pas ? Ce n'est ni la planification, ni de belles ARS bien formées

en leur séminaire de formation fermé de ces derniers jours et bien tenus en main par les nouveaux maîtres qui pourront seuls, sans l'outil adéquat, dynamiser notre secteur et lui faire labourer ses grandes réserves de productivité.

Le départ de Martine Aoustin souligne un risque majeur de régression. On en est donc toujours réduit à attendre un nouveau Zorro. Puisse le ciel nous le trouver !

¹ Tarification à l'activité

² Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

³ Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁴ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

⁵ Caisse nationale d'assurance maladie

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

⁷ Groupe homogène de malades (PMSI)

⁸ Groupe homogène de séjours (qualifie la prestation hospitalière facturée pour chaque GHM - cf. PMSI)

⁹ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (fondée par le décret du 26 décembre 2000)

¹⁰ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Avec un peu d'humanité,
de disponibilité,
beaucoup d'éthique
et de respect mutuel,
nous pouvons
tous ensemble éviter les écueils à
une meilleure
coordination ville-hôpital

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/42

Date de parution : lundi 19 octobre 2009

Sujet : **Réseaux de cancérologie**

Mots types : Coordination Ville-Hôpital ; Rencontres INCa ; Continuité des soins ; DMP ; GCS ; Grünfeld ; Territoire ; Nationalisation ; B. Couderc

Année 2009 - p. 47/74

Vous me demandez¹ quels sont les pièges à éviter en voulant améliorer la coordination entre l'hôpital et la ville. Par hôpital, on entend bien sûr les établissements publics c'est-à-dire les hôpitaux mais aussi les établissements privés, c'est-à-dire les cliniques.

La volonté d'améliorer la coordination ville/hôpital est déclinée dans l'excellent rapport de M. le Professeur Grünfeld que tous les acteurs de santé soutiennent (je peux en témoigner en tant que Président d'un Réseau régional de cancérologie) et aussi dans la loi HPST², les recommandations de l'INCa³ et de la HAS⁴. La mesure principale permettant l'amélioration de la coordination ville/hôpital c'est donc, pour moi, de publier au plus tôt le nouveau Plan Cancer.

Je rappellerai les principaux points de cette volonté :

1. l'intégration du médecin traitant pivot du parcours de soins ;
2. le développement de l'hôpital de jour, de l'HAD⁵ ;
3. la prise en compte des acteurs importants de proximité tels que les pharmaciens d'officine et les infirmières libérales... ;
4. substituer aux réseaux territoriaux ville/hôpital souvent trop nombreux, des réseaux ou plateformes polyvalentes multithématiques ; soutenir la création des maisons de santé pluridisciplinaires et inventer des nouveaux métiers comme celui de coordinateur de parcours de soins ;
5. permettre aux ARS⁶ de contractualiser avec tous les acteurs de soins, de valider les protocoles de transfert de tâches entre professions de santé que M. Berland connaît bien.

Quels sont, actuellement, les problèmes que peuvent rencontrer les patients sur le terrain ? Et qu'est-ce qu'ils nous disent au sujet de leurs parcours complexes et de leurs va-et-vient incessants entre établissement de santé et domicile ? Ils nous parlent :

- des délais d'attente ;
- du retour à domicile auprès d'un médecin traitant qui n'a pas encore reçu le rapport de sortie, d'une infirmière ou d'un pharmacien, etc..., non informé du diagnostic précis de la pathologie du patient, des traitements effectués, des effets secondaires attendus, du PPS, etc... ;

- de leur angoisse devant l'absence d'interlocuteur, sauf les services d'urgences, en dehors des heures ouvrables, des dimanches et des jours fériés.

Les écueils à éviter et donc les mesures à prendre :

- continuer à ne pas prendre en compte, de façon "urgentissime" le problème de la **démographie** médicale et ses conséquences sur la qualité des soins ; je pense, en particulier, à l'oncologie médicale, radiothérapique ou transversale. Il faut bien sûr veiller à ce que les transferts et les extensions de compétences n'affectent pas la qualité et la sécurité des traitements.

Il est pourtant indispensable, je dirais même vital, d'assurer la **continuité des soins** quelles que soient les circonstances et organiser la permanence des soins qui est une mission de service public sur le territoire de santé ; elle ne peut se faire sans les médecins libéraux et des budgets pérennes et adaptés. Le médecin public ou privé, corvéable à merci, c'est fini, et pourtant il doit être institué un suivi du patient cancéreux 24 heures/24.

- encore faut-il que le professionnel de santé quel qu'il soit ait accès au dossier médical du patient. D'où la nécessité de rendre opérationnel, le plus vite possible, des systèmes d'information, en particulier le **DCC**⁷, qui est une réalité notamment par sa première pierre, la fiche RCP⁸ informatisée, en attendant son intégration au DMP⁹, que l'on appelle, jusqu'à présent, dans ma région du sud, "l'arlésienne". Il y a des mesures simples comme avoir sous la main un cahier de suivi à domicile, outil de transmission ouvert aussi aux non-professionnels de santé. Enfin, le téléphone existe, il est maintenant portable et mobile et reste un moyen de communiquer essentiel, à condition de rester ouvert.
- l'augmentation des **délais** de prise en charge peut être une réelle perte de chance ; elle est multi-factorielle ; je citerais simplement l'effet négatif possible sur ces délais d'un dispositif réglementaire consensuel et voulu par tous comme le dispositif d'annonce, d'où la nécessité de disposer d'indicateurs de mesure de ces délais.



- l'absence de pragmatisme au niveau de la **coordination territoriale** : il faut utiliser les structures existantes qui ont fait la preuve de leur efficacité sur le territoire en les transformant en plateformes polyvalentes multithématiques qui permettraient de mutualiser la gestion, le social, le juridique, l'information, les systèmes d'information...
- le secteur privé et les médecins libéraux dont je suis, ici, un des représentants, pensent qu'il faudrait

éviter de céder à la tentation de détourner les plans et réformes de leur objet et risquer ainsi de faire, en particulier de la réforme HPST et des GCS¹⁰, les outils d'une **nationalisation rampante**.

Peut-être finalement qu'avec un peu d'humanité, de disponibilité, beaucoup d'éthique et de respect mutuel, nous pouvons tous ensemble éviter ces écueils.

¹ Intervention du Président Bernard Couderc lors des premières "*Rencontres annuelles de l'INCa*", mercredi 7 Octobre 2009 à Paris

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

³ Institut national du cancer

⁴ Haute autorité de santé

⁵ Hospitalisation à domicile

⁶ Agence régionale de santé

⁷ Dossier communiquant de cancérologie (mesure 34 du Plan Cancer 2003-2007)

⁸ Réunion de concertation pluridisciplinaire

⁹ Dossier médical personnel

¹⁰ Groupement de coopération sanitaire

**Secteur optionnel
et
"édifice conventionnel".**

**Les autorisations,
les délais et,
les établissements associés.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/43

Date de parution : lundi 26 octobre 2009

Sujet : **Secteur optionnel - Autorisations**

Mots types : Protocole d'accord tripartite ; Rémunération ; Dépassements ; Contrat ; Médecine commerciale ; Préavis ; Autorisations ; Etablissements associés ; Reconnaissance ; Ile de France ; Bretagne

Année 2009 - p. 49/74

Le fait marquant de la semaine est sans conteste celui de la signature du **protocole d'accord tripartite portant création d'un secteur optionnel**. Certes, il reste bien des incertitudes et des imprécisions. Il faut néanmoins se réjouir du succès de la démarche conventionnelle. Notons aussi le courage des organisations professionnelles à qui on demande de renoncer à la pratique d'une médecine commerciale, créée par les tutelles, assurément perverse et mortifère pour nos métiers, mais sans guère de garantie de révision du niveau des honoraires en contrepartie.

Le préambule est important mais il n'affirme que des intentions.

Pour la CSMF¹, cet accord permet d'échapper à la médecine commerciale.

Pour certaines organisations non-signataires, au contraire, cet accord officialise l'existence d'une médecine commerciale. D'autres sont ambigus.

Le fait, qu'en principe, il n'y ait aucun reste à charge pour le patient est positif et décisif. Le fait que le colloque singulier reste le lieu d'une négociation financière reste destructeur. Puisque les mutuelles sont appelées à rembourser il était facile de reverser l'équivalent de ce qui était versé l'an dernier en "dépassements" sur la CCAM² et, par ailleurs, de laisser la charge de cette enveloppe aux mutuelles. Pourquoi n'est-on pas allé jusqu'au bout de la logique retenue ? Cela reste une question. Cela pose aussi sans doute la question du rôle de l'État.

Plusieurs points nouveaux et fondateurs sont aussi à souligner : volumes d'actes et qualité, pertinence, suivi des performances, accompagnement de l'innovation, association des établissements... Ce n'est pas rien.

Au total, il est sans doute trop tôt pour se prononcer sur le fond. Une étape importante a été franchie mais la question des "dépassements" et de la "juste rémunération" reste encore en chantier. Sur les trois ans prévus, il est indispensable de suivre à la loupe la mise en œuvre de ce protocole et de son intégration dans le futur "édifice conventionnel". Une grande partie de l'avenir de la médecine libérale exerçant en établissement et une grande partie de l'avenir de ces mêmes établissements se jouent là.

De son côté le chantier des **autorisations** avance bien.

Bien sûr, il nous revient surtout les difficultés. Hors dossiers spécifiques, citons en deux.

- L'oubli par la tutelle du mode de fonctionnement de médecine libérale fait que le **refus** d'autorisation peut parfois se comprendre comme une punition sans cause. En cas d'autorisation, la réglementation prévoit 18 mois pour se mettre au niveau. A l'inverse, il n'est prévu aucun délai pour arrêter une activité pratiquée depuis longtemps dans le cadre de l'autorisation encore en vigueur, après refus de la nouvelle autorisation. Il n'y a pas eu faute, mais simple élévation du niveau des normes. Or la médecine libérale s'exerce dans un cadre contractuel. Le contrat type du Conseil de l'ordre prévoit un délai de préavis dans les ruptures entre cliniques et médecins libéraux. Il est de six mois à 2 ans selon la durée d'activité. Même si la chirurgie carcinologique ne représente pas toute l'activité d'un chirurgien, on imagine le conflit que le refus d'autorisation « traitement du cancer » peut susciter entre ce chirurgien et sa clinique. L'ARH³ Ile de France a prévu, elle, un délai de quatre mois. Il faut souligner cette initiative qui reste exceptionnelle. On va donc vers des conflits durs, douloureux et coûteux, probablement nourris par de l'incompréhension mutuelle. Dans le cas d'un médecin salarié, l'arrêt brutal d'activité peut être ressenti douloureusement, mais cela n'a rien à voir avec le sentiment de punition injuste qui sera celui du médecin libéral. Le moins qu'on puisse dire ici, du point de vue de la médecine libérale et des cliniques, c'est que l'administration n'est pas correcte.
- Le deuxième sujet est celui des établissements dits « **associés** ». Cette notion, nouvelle et consensuelle, avait été créée dans le but de faciliter la prise en charge de patients qu'il convenait de ne pas déplacer ou pour maintenir une activité faible mais assurant un service spécifique ne pouvant être déplacé sans dégradation de la qualité et de la continuité des soins. Une convention fixe les règles à respecter et les rapports entre les parties. Or, on assiste, chez certaines ARH, à un glissement regrettable. La qualification « d'établissements associés » ne vient plus de la signature de la convention entre l'établissement autorisé et l'établissement associé, approuvée par l'ARH, mais d'une procédure diligentée auprès de l'ARH. On sort

de champ de la reconnaissance pour rentrer dans celui d'une autorisation au rabais. En Bretagne il faut que la demande arrive à l'ARH avant une date de rigueur. Ailleurs, un établissement qui ne remplit pas les conditions d'autorisation se voit reconnu comme établissement associé comme s'il s'agissait d'une "compensa-

tion". On est loin de l'intention du législateur et des buts recherchés lors de la mise au point de ces textes. Ces deux questions auraient dû être rapidement prises en charge par qui le droit. Il est hélas presque trop tard.

¹ Confédération des syndicats médicaux français
² Classification commune des actes médicaux
³ Agence régionale de l'hospitalisation

Il y a urgence
à capter les
progrès de productivité
disponibles
afin de préparer l'avenir.
Que la nécessaire
chasse au MIGAC
ne nous en détourne pas !

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/44

Date de parution : lundi 2 novembre 2009

Sujet : **Chirurgie**

Mots types : Plan Cancer ; Chirurgie ambulatoire ; Chirurgie de cabinet ; Productivité ; Prix identique ; Jarrett ; Wetchler ; De Lathouwer ; Ogg ; IAAS ; BADS ; MIGAC

Année 2009 - p. 51/74

L'actualité de cette semaine est particulièrement chargée. Au-delà même des sujets abordés lors de la discussion du PLFSS¹, elle met en avant nombre de **questions lourdes**. Notre revue de presse en témoigne. De nombreux articles valent lecture attentive et sans doute échange collectif.

De plus, ce lundi aura lieu l'annonce du 4^e Plan Cancer. Heureusement, grâce au rapport Grünfeld, il sera très éloigné de ce qui était promis par l'INCa² il y a un an : un Plan d'aide à la recherche et aux pôles de cancérologie...

Nous nous arrêterons pourtant sur un autre et très vieux sujet, récurrent : celui de la **chirurgie ambulatoire**. La Ministre a en effet bloqué cette semaine une énième tentative d'élargissement du champ de la chirurgie aux cabinets médicaux.

La question des gains de productivité dans le système hospitalier est encore souvent taboue. Face à l'ampleur de la dette, elle est pourtant fondamentale. Une stratégie centrée sur la recherche d'économies est toujours le signe d'un corps malade, et elle se termine très souvent mal. La stratégie gagnante pour la pérennité des équipes et des équipements c'est, sur un marché donné, la recherche de gains de productivité : faire mieux, moins cher et plus vite. Nous savons aussi qu'en médecine comme dans toute activité à dominante de service à la personne, il n'y en a pas beaucoup. C'est l'exemple classique de la productivité comparée du coiffeur romain et du coiffeur moderne. En chirurgie, dans les quarante dernières années, il y a eu deux innovations majeures : la coelochirurgie et la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire apporte une productivité considérable au système. Il est donc normal qu'elle soit, avec la T2A³ et l'évaluation de la qualité au cœur des débats sur l'avenir du système. La question qu'elle pose ne porte pas sur ses qualités mais sur sa vitesse de diffusion.

En 1993, Paul E. Jarrett et Bernard V. Wetchler signaient le premier éditorial de revue "Ambulatory Surgery en y affirmant : « D'ici la fin de ce siècle la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie

hospitalisée, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour en hôpital ». Quelques pionniers en France l'avaient bien compris. Hélas, collectivement, le secteur privé n'a pas su, pas pu ou pas voulu en tirer les conséquences stratégiques. L'eut-il fait que la chirurgie serait de fait et définitivement privée, sauf quelques poches très précises (greffes, chirurgie à la fois très lourde et très rare...). Au contraire, le réveil de l'hôpital public consécutif à la T2A se traduit, pour la première fois depuis des années, par un recul des parts de marché du privé.

Le risque français est connu : le retard pris conduira tel ou tel responsable à succomber à la tentation irrésistible d'ouvrir la pratique de la chirurgie aux cabinets médicaux afin de récupérer de la productivité plus vite qu'en attendant la "réforme" du système de santé étatisé. Pourtant, comme l'affirmaient conjointement en 2000 les trois premiers présidents de l'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery), P. Jarrett, chirurgien, C. De Lathouwer, spécialiste, T. Ogg, anesthésiste : « Pour minimiser les risques, un cabinet médical [qui pratique des actes de chirurgie] doit disposer d'un niveau d'équipement et de personnel équivalent à celui dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire. Alors, de fait, il devient un centre de chirurgie ambulatoire indépendant ». Traduit en droit français cela se dit : "alors, de fait, il devient un établissement de santé".

L'incitatif qui marche est connu, c'est le "prix identique", quel que soit le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou traditionnelle). Il a été rejeté en 2005 par l'ensemble des Fédérations. L'Etat les a suivies. Elles ont changé d'avis. L'Etat a maintenant d'autres préoccupations. La mise sous entente préalable développe autant la chirurgie rapide (et donc dangereuse) que la chirurgie ambulatoire (donc organisée en tant que telle). Les choses bougent trop lentement. La pression se fera donc de plus en plus forte pour ouvrir la chirurgie à la pratique de cabinet. Ce serait une catastrophe, toutes les évaluations internationales le montrent. Heureusement la Ministre en est bien informée. Elle a eu raison de bloquer, non sur des bases de défense corporatives ou de méfiance d'un développement de l'offre, mais pour des raisons de qualité et de sécurité de la prestation.



La "BADs directory of procedures"⁴ des anglais montre la voie : privilégier une approche par type d'organisation (cabinet, chirurgie ambulatoire, 23 h., < 72 h., > 72 h.). Il est urgent, lorsque cela n'est pas encore fait, de repenser ainsi nos organisations. Le modèle hôpital 2007 était une hérésie. Le modèle, c'est l'organisation spécialisée (par types de patients, types de chirurgie, par types de prise en charge, en fait...) légère, souple, adaptable.

Il y aura d'autres alertes sur la chirurgie de cabinet. Une fois de plus, constatons qu'il y a urgence à capter les progrès de productivité disponibles afin de préparer l'avenir et pouvoir encaisser les inévitables baisses de prix, tout en maintenant et en développant la qualité de nos prestations et... nos marchés. Que la nécessaire chasse au MIGAC⁵ ne nous en détourne pas !

¹ Projet de loi de financement de la sécurité sociale

² Institut national du cancer

³ Tarification à l'activité

⁴ British association of day surgery

⁵ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Ce nouveau Plan est globalement de bonne facture, mais, si les organismes de Sécurité Sociale ne sont pas mis en position de responsabilité sur les mesures qui concernent directement la médecine libérale, elle sera encore oubliée.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/45

Date de parution : lundi 9 novembre 2009

Sujet : **Le Plan Cancer 2009-2012 est sorti**

Mots types : Promulgation ; Action de l'Etat ; Priorité ; Grünfeld ; Evaluation ; Méthode ; Sécurité sociale ; HCSP ; Médecine libérale

Année 2009 - p. 53/74

Tout le monde s'est réjoui de la parution du nouveau **Plan Cancer**. Nous aussi. Plusieurs raisons justifient ce soutien. Citons en quelques-unes.

- **La continuité dans l'action de l'Etat.** Cette continuité n'est jamais évidente, elle est toujours difficile. Nous en bénéficions. Les journalistes restent dans le "politiquement correct" en parlant du "second" Plan Cancer. Le Président Sarkozy est plus subtile en félicitant son prédécesseur Jacques Chirac "qui a bien eu raison de lancer le premier Plan Cancer qui a été utile"... En tout état de cause il y a vraie continuité de l'action de l'Etat.
- **La confirmation d'une priorité.** Nous sommes bien placés pour connaître les statistiques de mortalité. Pour autant il faut bien constater que la cancérologie bénéficie d'un privilège important et rare : elle fait l'objet de Plans de santé publique spécifiques, répétés et largement financés. L'iniquité de certains de ces financements ne contredit pas ce fait. Il donne lieu à la création d'un système institutionnel particulier qui facilite la coordination des acteurs et des actions comme l'expression des professionnels et des patients concernés. C'est une chance en même temps qu'une responsabilité.
- **La prise en compte du rapport Grünfeld.** Au contraire des Plans précédents, les professionnels ont été peu associés à sa mise au point et notre secteur pas du tout. Pourtant, une fois de plus, nous avons eu la bonne surprise de constater que lorsqu'un dossier technique est ainsi confié à une personne extérieure, objective et dotée d'un solide sens du service public, le résultat est bon pour tous. Le rapport Grünfeld nous a permis de sortir du projet réducteur d'un nouveau Plan uniquement dévolu à "la recherche d'excellence et aux pôles de cancérologie". Il a été objectif sur l'oncologie médicale (hélas oubliée du Plan définitif) et sur l'anatomopathologie. Novateur, lucide et courageux en matière d'approche des inégalités. La rédaction du Plan proprement dite a été le fait exclusif de l'administration, de la DGS en particulier. Le nouveau "Comité de pilotage interministériel" est dans leurs mains. On est loin de la "Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer" de Pascale Briand ! La dernière

phase (depuis Juin) est caractérisée par le secret absolu et donc l'opacité totale. Mais, même si le retour en force de l'administration est paradoxalement un danger sur l'objectivité et l'équité dans l'application, à la lecture du Plan, on retrouve le rapport Grünfeld.

- **Des progrès en termes de méthode.** Nous avons souvent demandé des évaluations plus objectives, prenant en compte tous les acteurs, qui ne nous oublient pas comme l'ont tous fait les innombrables rapports dont a fait l'objet le dernier Plan. Nous ne cessons de demander, autres exemples, que les financements soient décrits par nature, par région et par statut du destinataire, que l'on mesure mieux l'impact des politiques menées... En vain. Le Haut Conseil de Santé Publique a, lui, été de bonne influence. Pour chacune de ses mesures, le Plan actuel nomme un "pilote de l'action", il signale le champ éventuel des modifications nécessaires du droit, les éventuels liens avec les autres Plans de santé publique. Le HCSP demandait aussi de préciser, pour chaque action, sur quelles données disponibles se fonderait son évaluation. On n'en est hélas pas encore là. Mais il y a progrès.

Ce nouveau Plan Cancer a suscité relativement peu de commentaires si on le compare, par exemple, au Plan 2003-2007. Cela s'explique. Il a été long à être officialisé. Il y a d'une certaine façon continuité, nous l'avons vu. Surtout, dans la mesure où le contenu est globalement fidèle au rapport Grünfeld, les intéressés sont plus dans la phase "quand est-ce qu'on y travaille ?" que dans une phase de commentaires sur une découverte.

Finissons pourtant sur une inquiétude suscitée par une des faiblesses de ce nouveau Plan. **La Sécurité Sociale n'y apparaît pas à sa juste place.** Pourtant la Plan est dans le courant, à juste raison : il met en avant les relations "ville-hôpital", le médecin traitant, le dépistage (cf. le communiqué de la FNMR¹ - UNHPC 09/484). Il cite même, de façon certes un peu régressive, le serpent de mer de la réforme de la CCAM² concernant les chimiothérapies (mais c'est la DHOS³ qui est "pilote" de la modernisation de la CCAM ! On rêve !)... Il reprend heureusement les priorités du rapport Grünfeld sur l'anatomopathologie (cf. le communiqué du Syndicat des Médecins Pathologistes Français - UNHPC 09/492). Mais nous



savons très bien que si les organismes de Sécurité Sociale ne sont pas mis en position de responsabilité sur les mesures qui concernent directement la médecine libérale, rien ne se fera. L'INCa⁴ lui même ne lèvera pas le petit doigt. La radiothérapie, l'oncologie médicale, l'anatomopathologie en sont la preuve longue et douloureuse.

Bref, ce nouveau Plan est globalement de bonne facture.

Mais, comme ses prédécesseurs il souffre d'un handicap grave : son manque d'articulation avec la Sécurité Sociale. Le risque existe qu'une fois de plus on "oublie" en grande partie les professionnels qui prennent en charge un patient sur deux...

¹ Fédération nationale des médecins radiologues et spécialistes en imagerie diagnostique et thérapeutique

² Classification commune des actes médicaux

³ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

⁴ Institut national du cancer

**Au-delà
de la stimulation
scientifique,
la pluridisciplinarité
et l'approche transversale
développent
l'attention au patient**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/46

Date de parution : lundi 16 novembre 2009

Sujet : **Journées de la SFSPM**

Mots types : Sein ; Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM) ; Journées ; Statistiques ; Inégalités ; B. Seradour ; D. Serin ; Activité physique

Année 2009 - p. 55/74

Les Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM) qui se sont tenues à Lyon du 11 au 13 novembre 2009 ont une fois de plus été remarquables. Ce sont les 31^e. Rappelons que *"cette société savante médicale a pour particularité d'être multidisciplinaire, en particulier de rassembler à la fois des radiologues, des gynécologues, des anatomopathologistes, des épidémiologistes, des chirurgiens, des oncologues, des radiothérapeutes, des biologistes, des biochimistes ou toute personne intéressée par la physiologie ou la pathologie du sein, impliquée par la connaissance des maladies du sein et leur prise en charge"*. On en voit le résultat. La prise en charge globale du malade n'y est pas un vain mot. La confrontation des disciplines, la présence des patients y a quelque chose d'exemplaire. Le succès lui-même donne à penser : plus de 1.350 inscrits. En moyenne, plus de 13 présents par département ! Quelle meilleure garantie de reprise sur le terrain ?

Notre revue de presse se fait l'écho de ces Journées. Les actes sont publiés par la SFSPM. La *"Lettre du sénologue"* publie de son côté un numéro spécial (novembre 2009) avec la présentation de chaque poster et le résumé des présentations orales. Les supports des interventions seront mis en ligne sur le site de la société (<http://www.senologie.com/>). Nous vous avons par ailleurs diffusé (UNHPC 09/509) l'important rapport sur les biomarqueurs tissulaires et (UNHPC 09/510) l'actualisation des recommandations INCa/SFSPM sur le cancer du sein in situ. Deux des points forts de ces Journées.

Outre la satisfaction des participants, ce qui frappe dans les conversations c'est l'impression que cette année la tendance était moins à l'enthousiasme sur les avancées qu'à la prudence, voire parfois à la "désescalade". Nombreuses étaient les interventions qui exprimaient des doutes sur l'efficacité, sur l'innocuité de telle ou telle approche, de telle ou telle nouveauté. Biomarqueurs, génétique, facteurs prédictifs, signatures moléculaires, modèles (scores, signatures...) soulevaient l'enthousiasme les années précédentes. Tout en s'émerveillant des progrès récents, on s'exprimait beaucoup à Lyon sur le chemin restant à parcourir et les étapes restant à franchir. Une chose reste certaine : le facteur clef du succès pour demain c'est la coopération entre biologistes, généticiens, anatomopa-

thologistes et cliniciens, dès aujourd'hui. Mais les progrès techniques ne sont pas en reste : nouveaux traceurs TEP, biopuces, techniques d'analyse à haut débit, approche moléculaire... leur développement souligne la nécessaire évolution de nos organisations, celle du développement ou de la consolidation de nombre de nos métiers.

Ce qui apparaissait aussi ce sont les progrès qui ont été faits en matière de constitution de bases de données. Le manque de perspective de carrière suscite un turn-over trop important chez les jeunes statisticiens. Il a été constaté que les bases de données constituées ces dernières années, en particulier à partir du programme de dépistage mais cela vaut aussi sans doute en anatomopathologie, pourraient être beaucoup mieux travaillées, que des approches en termes de résultats pourraient être développées, si on savait mieux retenir ces emplois qualifiés.

Les inégalités sont un des thèmes majeurs du nouveau Plan Cancer. Le cancer du sein illustre parfaitement les inégalités, comme les iniquités qui restent trop fortes dans notre pays en matière de santé. Inégalités géographiques, inégalités sociales. Un effort particulier doit être fait pour que la prise en charge ne les renforce pas, mais, au contraire, participe à leur atténuation.

Lors de son discours de clôture l'an dernier à La Baule, Brigitte Seradour avait mentionné l'importance de l'activité physique. Daniel Serin, mêlant sérieux et humour, a fait cette fois-ci une revue de littérature impressionnante sur ce sujet. L'activité physique est bien plus efficace que beaucoup de nos découvertes récentes, en préventif, comme en phase curative ou en phase de rémission. Décidément la pluridisciplinarité mène loin !

Ce que l'on constate fortement, une fois de plus, c'est qu'au-delà de la stimulation scientifique, la pluridisciplinarité et l'approche transversale développent l'attention au patient et, en conséquence, facilitent et améliorent la prise en charge non seulement de la maladie, mais aussi de son dépistage, de la dimension humaine de la maladie, de la douleur, des effets secondaires, des conditions de vie, des conditions familiales et sociales, de l'évaluation...

Cela ferait sans doute trop de "Journées", mais on rêve quand même de telles "Journées" pour chacun des grands



cancers. La prise en charge des malades en serait transformée, assurément. Puisse le succès de ces "Journées" inspirer d'autres initiatives du même type ! Prochain rendez-vous de la SFSPM du 3 au 5 novembre 2010 à

Strasbourg sur le thème "*La jeune femme face au cancer du sein*". A inscrire sur les calendriers !

« Cessons de
martyriser notre avenir ! »

Il ressortait
de ces journées
un sentiment de
déception, de lassitude,
une décrédibilisation forte
de l'action de l'Etat,
une certitude que les iniquités
allaient perdurer

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/47

Date de parution : lundi 23 novembre 2009

Sujet : **Les rencontres de la FHP**

Mots types : Rencontres ; FHF ; Secteur 2 ; Dépassements ; Relations médecins-établissements ; CLAHP ; Rôle de l'Etat ; ARS ; Centralisation ; Administration ; Réforme ; Blocage ; T2A

Année 2009 - p. 57/74

L'événement marquant de la semaine, pour le secteur des cliniques et hôpitaux privés, a bien sûr été celui des **Rencontres de la FHP** qui se sont tenues jeudi et vendredi à Paris.

Deux jours riches d'échanges entre responsables d'établissements et avec les invités. Nombreux étaient ceux qui se disaient nourris par les contacts noués et heureux de sortir ainsi de la pression du quotidien.

Trois grands sujets ont dominé.

Les relations avec le secteur public. Elles ne s'arrangent pas. G. Vincent a justifié des écarts de rémunération par le fait que l'Etat imposait des contraintes spécifiques en particulier en termes de personnels, sans lien direct avec la qualité des prestations hospitalières. Soit. Mais nous assumerons donc ensemble les carences de l'Etat. Il a repris aussi les imprécations de la FHF¹ sur la pertinence des actes. Ses questions sur le taux de césarienne, la libération du canal carpien, la pose de drains transtympaniques, la chirurgie de la prostate et la chirurgie de la cataracte méritent EPP² et réponses argumentées et documentées. Mais quand, d'une part on constate la candeur avec laquelle, dans les réunions entre professionnels, les représentants du secteur public parlent de la tricherie en matière de cotation T2A³ comme d'un sport où la fin justifie les moyens, un peu comme au foot, et que, d'autre part, on entend la position courageuse de la FHF selon laquelle "la confiance que les Français placent à juste titre dans leur système de santé n'est pas acquise, elle est le résultat de l'action de professionnels qui n'ont rien à gagner à l'opacité", il faut la prendre au mot. Cela passe en particulier par une amélioration du système de contrôle. Cette amélioration devient urgente. La Sécurité Sociale, du moins ce qu'il en reste, le souhaite. L'Etat est frileux. Il faut le contraindre à avancer sur ce sujet.

Les relations entre médecins et établissements. On ne peut ici qu'être frappé par les progrès accomplis et les nombreux sujets sur lesquels il y a de solides bases d'accord. Richard Bataille a fait l'unanimité sur les "8 axes pour dynamiser les relations entre les médecins et les établissements" élaborés au sein du CLAHP⁴. Ce programme d'action est donc bien parti.

Il n'y a pas eu de langue de bois. Quelques exemples de

choses entendues.

Sur les dépassements : Michel Chassang : "en 1980 nous étions très réticents sur le secteur 2. On s'est même fait matraquer sur cette affaire, on a versé notre sang, sur le Pont Alexandre 3 !" ; "tout ce qui va dans le sens de l'accessibilité aux soins nous est d'intérêt commun" ; "nous sommes dans le même bateau". Jean-Yves Bousigues pour la FMF⁵ : "Personne ne veut de reste à charge, personne ne veut faire du commerce". Jean Halligon : "il n'y a plus d'exercice solitaire. L'exercice médical est multispécialité, multiprofessionnel. Or le collectif n'est pas la somme des individualités. Il faut donc avancer sur un nouveau projet de contractualisation". La revalorisation des activités cliniques et la rémunération des fonctions transversales font l'unanimité.

L'avenir du CLAHP et la question de la participation aux négociations conventionnelles sont deux questions sur lesquelles il n'y avait pas accord. Pour M. Chassang, "la discussion doit se faire avec les centrales pluricatégorielles : on ne peut pas prendre le corps médical bout par bout. La négociation, tout le monde veut y venir : les jeunes, les patients, les pharmaciens, les établissements... La participation de tous est impossible. Il faut trouver des modalités d'association". Pour M. O. Koehert, au contraire, "il faut revoir tout l'édifice" et il est prêt à "accueillir dans sa délégation, non seulement les Etablissements, mais aussi la DHOS...". Le CLAHP "est un vieux machin" mais il se fait menaçant au cas où il n'y serait pas admis.

La position et le rôle de l'Etat. Sur cette question, trois interventions ont dominé. Celle du rapporteur du PLFSS, Yves Bur, celle du grand patron du moment, Jean-Marie Bertrand, celle de la Ministre dont Annie Podeur a lu le message. On a entendu le rappel de sains principes ou de constats lucides. "L'action des ARS ne saurait se substituer à la convention médicale ou aux règles nationales de régulation". "L'ARS sera une agence de régulation, pas un service administratif". "Le véritable problème est à l'hôpital public". Mais dès qu'il s'agissait d'avancer, on avait le retour de la novlangue, la "justification" de tous les blocages. Exemple, la convergence. Non seulement comme depuis 25 ans il faut des "études", mais on nous prévient qu'il faudra ensuite faire un "travail de lissage", puis qu'il faudra "étaler dans le temps les adaptations né-



cessaires". Il vient un temps où la répétition indéfinie des affirmations de bon sens confine hélas à l'hypocrisie...

Sur la permanence des soins ou sur la rémunération des fonctions transversales, circulez, il n'y a rien à voir. Ou plutôt si : aidez-nous à étendre le champ d'intervention de l'Etat aux honoraires et tout ira bien. Bref il faut encore et encore renforcer l'Etat centralisateur, gestionnaire direct, planificateur (maintenant que l'accès aux missions de service public nous est ouvert, "*il va falloir, préalablement, faire une évaluation des besoins*" et la traduire dans le schéma...). Tout ce qui ne marche pas et coûte si cher à la nation.

Beaucoup avaient envie de reprendre, en l'exprimant bruyamment, l'exigence de Juppé et Rocard à propos du grand emprunt : "*cessons de martyriser notre avenir !*" La politesse républicaine a prévalu, et la salle n'en a rien laissé paraître. Mais au total il ressortait de ces journées un sentiment de déception, de lassitude, une décrédibili-

sation forte de l'action de l'Etat, une certitude que les iniquités allaient perdurer, malgré la crise, ou peut-être même à cause de la crise, l'hôpital étant confirmé dans son rôle de régulateur de l'emploi et de l'investissement plus que dans son rôle de producteur de soins. Ces constats peuvent être délétères. Ils doivent être pris comme un appel à la solidarité et aux responsabilités : l'offre de soins que nous développerons, qualité et quantité, devra de plus en plus se faire malgré l'Etat, parfois contre l'Etat et avec l'impératif de développer des savoir-faire nouveaux : "communiquer" puisque l'Etat est plus sensible à la communication qu'aux faits, récupérer notre part des subventions et autres incitatifs (MIGAC, dépassements d'honoraires, confusion des statuts...) sans laisser pervertir ce qui fait notre cœur de métier, soigner. Mais le vieux combat de fond perdure : être payé pour ce que l'on fait et non pour ce que l'on est.

¹ Fédération hospitalière de France

² Evaluation des pratiques professionnelles

³ Tarification à l'activité

⁴ Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée

⁵ Fédération des médecins de France (1960)

**N'est-il pas temps
de prendre à bras-le-corps
la question
des indicateurs
et
des classements
des hôpitaux ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/48

Date de parution : lundi 30 novembre 2009

Sujet : **Classements des hôpitaux**

Mots types : Le Parisien - Le Nouvel Observateur ; Le Point ; Indicateurs ; SantéClair ; Europe n° 1 ; COMEVA ; BAQIMEHP

Année 2009 - p. 59/74

En moins d'une semaine nous avons eu droit à deux "classements" d'hôpitaux. L'un dans *Le Parisien* l'autre dans *Le Nouvel Observateur*...

On est aujourd'hui très loin des premiers classements parus en 1997, avec l'équipe de *Sciences et Avenir* qui est maintenant au *Point*. Ces premiers classements suscitaient l'opposition de presque tous. L'argument était qu'ils n'étaient "pas scientifiques". C'était le temps où de grands responsables du système hospitalier pouvaient se permettre de dire sur les radios, aux heures de grande écoute, que le taux de mortalité n'était "pas significatif de la qualité des soins", sans se rendre compte de ce que ce type d'affirmation, certes fondé, pouvait créer comme dégâts. Depuis, ces "classements" se sont multipliés. Celui du *Point* reste une référence. Le socle commun de ces classements reste la base PMSI¹. Nul ne la conteste plus. Au fur et à mesure que le temps passe, ces études s'enrichissent, en général à partir de données trouvées dans les bases officielles, afin d'échapper aux contestations.

☞ Qu'est-ce qui fait que, 12 ans après, ces publications sont toujours l'objet de vives contestations ?

Tout d'abord, alors que ces études sont en fait des compilations de bases de données officielles et accessibles à tous, elles viennent aussi de questionnaires envoyés aux établissements. Ceux-ci, à juste raison, se plaignent de l'avalanche de questionnaires qu'ils reçoivent et, de plus en plus souvent, du chantage auquel on les soumet : "ou vous répondez à notre questionnaire ou nous signalons que vous avez voulu cacher des informations".

Ensuite, ces publications sont en général de médiocre qualité. Les deux publications de cette semaine en sont une illustration.

- Comment ne pas s'offusquer de la très mauvaise publication du *Parisien* (UNHPC 09/517 et 518) ? Constatons tout d'abord qu'elle est mensongère dans sa présentation. Sous le titre : "ville par ville, les meilleurs hôpitaux soignant le cancer", il prétend donner "en exclusivité le premier palmarès en France des hôpitaux et cliniques traitant le cancer" et permettre "aux malades de

choisir en toute connaissance de cause le service qui le soignera". En fait il y a tromperie, car le classement qui est proposé concerne uniquement la chirurgie. Facteur aggravant, ce classement est plein d'erreurs. Non seulement il y a beaucoup de confusions, il y a de nombreux oublis, mais en plus le rédacteur mélange ses propres colonnes ce qui oblige *Le Parisien* à publier un rectificatif permutant les colonnes mais à la présentation à peine moins trompeuse puisque le titre est, cette fois, "les meilleurs hôpitaux qui soignent le cancer". Troisième critique de cette parution du *Parisien* : pourquoi ne pas avoir attendu, concernant le cancer, la publication promise et prochaine de la liste exhaustive des établissements autorisés à traiter les malades du cancer en chirurgie, radiothérapie et médecine oncologique ? La cause, c'est la course au tirage, car, si on mesure mal leur influence, on sait que ces classements multiplient les ventes. Cette course au tirage fait ici oublier la déontologie propre au journalisme et en premier lieu la vérification des sources et l'honnêteté dans la présentation. La colère de beaucoup de nos adhérents est donc pleinement justifiée et vaut démarche collective.

- Avant de passer au *Nouvel Observateur*, notons cependant que ces deux publications échappent au travers idéologique qui depuis *Sciences et Avenir*, jusqu'au *Point*, en passant par *Le Figaro*, conduit l'équipe concernée à doubler ses éditions, ce qui commercialement n'est pas critiquable, mais sur une base purement idéologique et trompeuse en distinguant une édition "hôpitaux publics" et une édition "clinique privée", ce qui l'est. Ni le *Nouvel Observateur* ni *Le Parisien* ne tombent dans ce travers et cela vaut d'être noté.
- *Le Nouvel Observateur* (UNHPC 09/534) mériterait lui-aussi une analyse fine et critique de sa méthodologie. Relevons par exemple la chirurgie ambulatoire de 48 heures, la prime donnée aux plateaux techniques, le mystère de la "technicité" appréciée selon un "niveau de ressources con-



sommées" dont on se demande d'où il sort... On décèle aussi une tentation idéologique qui nuit à l'objectivité de l'analyse comme de la critique.

- Plusieurs adhérents nous ont fait part de leur colère à l'écoute d'*Europe n°1* lors d'un débat organisé à partir de ce classement. Une patiente de province y critiquait ces études en disant qu'elles poussaient à croire qu'on ne pouvait être bien soigné qu'à Paris et faisait part de son expérience de demande de rendez-vous pour son cancer du sein dans un des grands hôpitaux de l'AP-HP². On lui proposait un rendez-vous à plusieurs semaines sauf si elle acceptait d'être prise en charge de façon coûteuse dans le secteur privé du professeur concerné. Devant l'auditrice choquée, le journaliste justifiait la consultation parisienne et la réponse obtenue en affirmant que si on voulait être bien soigné il fallait bien faire les choix qui s'imposaient !...

☞ Notons ici que sur 12 ans les bases de données officielles et accessibles se sont multipliées. La base PMSI n'est plus la seule et SAE est très accessible. Les bases spécialisées d'indicateurs se multiplient elles aussi : ICALIN³, ICSHA⁴, SURVISO⁵, ICATB⁶, SARM⁷ mais aussi IPAQSS⁸, COMPAQH⁹...

Chacune de ses bases a ses limites. En particulier, et nous sommes bien placés dans le secteur privé pour le craindre, l'approche "moyens" est souvent privilégiée alors que, nous le savons tous, l'approche "résultats" devrait être privilégiée. Mais au total on ne peut nier que d'énormes progrès ont été faits depuis quelques années. La question qui se pose alors de savoir pourquoi une telle médiocrité dans les publications de la grande presse, alors que de plus en plus de données de "bonne" qualité sont maintenant accessibles ?

☞ Mais revenons un instant au *Parisien*. Une question

demeure. L'article est fait à partir des données fournies par *Santéclair*. Une équipe a priori sérieuse mais qui fait un autre usage de son travail sur ces bases publiques. Elle vend ses services à des organismes d'assurance et à des Mutuelles qui orientent leurs patients en fonction des résultats ainsi transmis. Que s'est-il passé avec *Le Parisien* ? Cela est-il significatif de ce qui se passe dans les relations avec les assureurs achetant le même service ? Tout cela est d'autant plus inquiétant que c'est largement couvert par le secret des affaires...

L'inquiétude de beaucoup d'établissements ne traduit-elle pas autre chose aussi ? **N'est-il pas temps de prendre cette question des indicateurs et des classements à bras-le-corps ?** Origine, fond, forme, mode de diffusion... N'est-il pas urgent de se pencher sur les expériences réussies en France (les publications classant les lycées sur le taux de réussite au bac sont parfaitement maîtrisées, depuis de nombreuses années..., mais aussi en santé, le très bon "*rapport sur l'état de santé de la population en France*"...), ou à l'étranger ? Nous diffusons par exemple chaque année le remarquable recueil d'indicateurs publiés en Australie par l'ACHS¹⁰. La méthode de l'ACHS a fait ses preuves : les publications sont faites en tendance. Or le débat sur une évolution en tendance est forcément de meilleure qualité qu'un débat sur un chiffre brut. Les multiples expériences nord américaines sont riches d'enseignement. Comment faire mieux en France ? Avec qui le faire ? Le COMEVA¹¹ a disparu. Nous n'avons hélas plus guère d'ambitions pour le BAQIMEHP¹². Les agences restent sur leur champ de compétence et ne se chargent pas des synthèses. L'État est soit obnubilé par sa "sécurité", soit en difficulté pour distinguer ce qui est tableau de bord de l'établissement et ce qui est tableau de bord national.

Oui, il y a urgence à se saisir de la question.

¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information

² Assistance publique - hôpitaux de Paris

³ Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

⁴ Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques

⁵ Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO)

⁶ Indice composite du bon usage des antibiotiques

⁷ *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

⁸ Indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (ancien IPAQH - HAS)

⁹ Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (INSERM)

¹⁰ Australian council on healthcare standards

¹¹ Comité national de l'évaluation médicale de l'hospitalisation privée

¹² Bureau d'assurance qualité et de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée

Une conférence internationale
utile pour
comparer les pratiques
dans les fonctions qualité
et gestion du risque.
Une première qui
demande à être
renouvelée.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/49

Date de parution : lundi 7 décembre 2009

Sujet : **Conférence internationale sur la radioprotection**

Mots types : Radiothérapie ; Qualité ; Sécurité ; Versailles ; Patients ; Risque ; ASN ; AIEA ; ICRP ; J. M. Cosset ; SFRO

Année 2009 - p. 61/74

La **Conférence internationale sur la radioprotection des patients** « défis et progrès dans le domaine de la radioprotection des patients » organisée par l'ASN¹ en coopération avec l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Commission européenne (CE) a eu lieu du 2 au 4 décembre 2009 au Palais des Congrès de Versailles. Elle avait le soutien des trois sociétés savantes françaises concernées : la SFRO², la SFPM³ et la SFRP⁴.

Plus de 350 congressistes venus de 33 pays différents y ont participé. Une cinquantaine d'orateurs s'y sont exprimés. Un numéro spécial de la revue *Contrôle* reprenant bon nombre des interventions ainsi que 13 "*Points de vue des acteurs français*" (cf. mail UNHPC 09/550 du 6/12/09) et un livre recueil des 125 posters présentés étaient donnés aux participants, en français et en anglais. La traduction simultanée français/anglais était assurée pour toute la conférence. La totalité des interventions sera très prochainement disponible sur le site de l'ASN.

Bien préparée par l'ASN et une équipe animée par Jean-Marc Cosset, vice-président de l'ICRP⁵ et président du comité scientifique de la conférence, cette conférence fut un succès. Etant donné qu'il s'agissait d'une première, ce succès est en lui-même un enseignement.

Les thèmes retenus étaient les suivants :

- les défis de la radiothérapie : les nouvelles techniques, nouveaux risques et bénéfices de la radiothérapie et de la curiethérapie ;
- la radiosensibilité individuelle, les complications et leur traitement ;
- les retours d'expérience des accidents : leçons du passé, enregistrement, déclaration et analyse des événements significatifs, traitement des complications et des morbidités tardives ;
- la sûreté des équipements, le management et la formation des personnels ;
- la réglementation, les audits, les contrôles et l'assurance qualité, les stratégies nationales et la réglementation ;
- l'information des patients.

Un premier bilan très subjectif permet de faire ressortir un certain nombre de points marquants :

- Plusieurs radiothérapeutes français et étrangers ont souligné le fait que si la radiothérapie était souvent "simple" pour un bon spécialiste, au sens où, pour eux, elle n'était pas "compliquée", elle était de plus en plus "complexe", au sens où elle demandait d'articuler des logiques différentes. Il était significatif de constater que, parmi les nombreuses expressions de cette évolution de la radiothérapie oncologique, l'une des plus construites est venue d'un manipulateur italien, représentant de la fédération européenne (EFRS⁶).
- Plus les techniques sont pointues et diversifiées, plus les risques sont grands. Cela est vrai en radiothérapie comme partout. L'informatique elle-même, source de progrès incontestables en matière de sécurité, génère aussi des risques spécifiques et nouveaux. Pour tous les intervenants, il est donc clair que les démarches de gestion du risque et d'assurance qualité sont maintenant indispensables. Tous ont insisté sur le fait que tout événement de type incident ou accident doit être exposé, discuté, analysé, ainsi que sur le fait que la gestion du risque et l'assurance qualité étaient des disciplines devenues indispensables en radiothérapie. Tous étaient d'accord pour constater que si l'attention au risque était partout présente depuis longtemps, la culture qualité au sens de l'organisation des fonctions qualité et gestion des risques était encore relativement nouvelle partout et qu'il y avait un saut culturel à opérer. Signe de cette évolution, plusieurs exposés permettaient de s'approprier des outils en provenance d'autres secteurs : REX⁷, matrice des risques, analyse probabiliste, gestion documentaire... Tous les pays vivent cette expérience. D'où l'intérêt de cette conférence qui permet de confronter les expériences, les apprentissages et les résultats.
- De très bonnes et stimulantes interventions ont marqué l'auditoire sur des thèmes émergents ou, par exemple, sur les progrès en cours en matière de connaissance de la radiosensibilité des individus et en matière de traitement des complications. L'expérience française en matière d'utilisation curative des cellules souches mésenchymateuses est, à ce titre, apparue comme prometteuse.
- Le difficile thème de la communication a été abordé. Il



faudra lui aussi le reprendre. Le témoignage très émouvant du vice-président de l'association des irradiés d'Epinal a d'autant plus marqué qu'il était empreint de calme, de dignité et qu'il parlait le langage des professionnels. Le drame que vit encore quotidiennement ce patient a été aussi une école de formation à notre langage codé. La confrontation des points de vue en a été facilitée. Le dilemme posé par la volonté des pouvoirs publics d'imposer une communication grand public et les impératifs déontologiques d'une priorité accordée au colloque singulier avec le ou les patients concernés a été posé. Le rôle spécifique des directions a été évoqué. On avait l'impression nouvelle et fondatrice de l'appropriation d'un thème commun à partir de points de vue et d'exigences éloignés sinon contradictoires.

- On peut aussi constater qu'il n'a presque pas été question d'approche systémique en termes d'accessibilité,

de coût, d'efficacité, de taille et d'organisation des équipes, d'avantages et de coûts comparés des différents statuts juridiques... Même constat concernant les difficultés de formalisation ou d'expression des politiques publiques suivies (la France est ici en avance) et le manque d'outils opérationnels d'évaluation de ces politiques publiques.

La conclusion est donc que cette conférence a été utile mais qu'elle prouve aussi que ces sujets importants sont des sujets d'avenir et qu'ils restent encore relativement neufs. Faut-il les traiter au sein de nos Congrès ? Certainement. La SFRO, par exemple, le fait depuis deux ans. Cela est nécessaire. Mais l'expérience de Versailles, l'ampleur des sujets et leur spécificité, la qualification qu'ils requièrent et la diversité des acteurs concernés justifient la tenue d'autres conférences spécialisées de ce type. Versailles est donc aussi un appel en ce sens.

¹ Autorité de sûreté nucléaire

² Société française de radiothérapie oncologique

³ Société française de physique médicale

⁴ Société française de radioprotection

⁵ International commission on radiological protection (en français : commission internationale de protection radiologique - CIPR)

⁶ European federation of radiographer societies

⁷ Retour d'expérience

L'avis 101 sur
"Santé, éthique et argent"
nous avait montré que le CCNE
avait un déficit de maîtrise
de l'économie.
Cet avis le confirme.
C'est bien regrettable.
Les questions demeurent...

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/50

Date de parution : lundi 14 décembre 2009

Sujet : **Ethique et financement des soins palliatifs**

Mots types : CCNE ; Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ; T2A ; Soins palliatifs ; Obstination déraisonnable ; Aubry ; Devalois ; Culture ; Remboursements ; Economie ; Evaluation ; Tentation

Année 2009 - p. 63/74

Le CCNE - Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé - est une institution nécessaire, utile et qui a su devenir indispensable. Nul ne songe plus à remettre en cause cette instance créée en 1983. Pratiquement tous les pays développés se sont dotés de structures comparables. Sa mission est « *d'éclairer les progrès de la science, soulever des enjeux de société nouveaux et poser un regard éthique sur ces évolutions... Un de ses objectifs est de faire participer les citoyens à la réflexion éthique et leur permettre de comprendre les enjeux éthiques que soulèvent certaines avancées scientifiques dans le domaine des sciences de la vie et de la santé* ».

L'utilité du CCNE tient en grande partie à la qualité de ses rapports. Ils sont le plus souvent à la hauteur des attentes.

Jean Léonetti avait saisi le CCNE sur « **les questions éthiques liées au développement et au financement des soins palliatifs** ». Le Comité vient de rendre public son avis (avis n° 108 - cf. mail UNHPC 09/557 du 10/12/09). Hélas, comment ne pas être déçu ?

Le sujet est d'importance. La loi Léonetti a longtemps été prise pour une loi de circonstance. Pour partie, elle l'était en effet. Mais il apparaît de plus en plus qu'il s'agit aussi d'une loi fondatrice.

C'est une loi positive, elle dit ce qu'il faut faire. En droit démocratique, c'est rare et risqué. La loi y est plutôt faite pour dire ce qu'il ne faut pas faire. La loi se risque à dire ce qu'il faut faire ou ce que l'on peut faire lorsqu'elle veut inciter ou lorsqu'elle veut clarifier un sujet, souligner des points de repère pour la pratique.

Il s'agit, ici, des cas d'accompagnement et de soins palliatifs les plus difficiles. On est, on devrait être, en plein débat éthique. Bien sûr, et heureusement est-on tenté de dire, la loi Léonetti ne dit rien de la décision à prendre. Elle situe des points de passage obligatoires. Elle permet de clarifier, de mettre de l'ordre, de donner de la cohérence et du sens à ce qui est difficile : comment organiser le débat éthique, comment s'entourer des avis nécessaires, éventuellement comment les hiérarchiser, pour bâtir une décision.

Bref, la loi Léonetti facilite le discernement en des circonstances où il est particulièrement difficile. La science, ici, ne dit pas grand-chose. L'affectif compte mais ne doit

pas dominer, en particulier chez nous, professionnels. Le choc des cultures peut être violent. Il faut "entendre" tout en discernant, permettre au débat de déboucher sur une décision dont personne n'est sûr qu'elle est la meilleure ou la moins mauvaise, mais qui, au moins, sera éclairée. Le plus souvent le colloque singulier ne marche plus, ou il marche mal. Jamais pourtant l'intérêt du patient n'est autant concerné. Jamais l'indépendance médicale n'est aussi justifiée, responsabilisante, exigeante, compliquée.

Dans ce cadre ô combien complexe (au sens de décision à prendre malgré des logiques contradictoires) la saisine d'origine était très ciblée : « *comment mettre en place un système de financement des soins, qui évite l'obstination déraisonnable proscrite par l'article L.1110-5 du code de la santé publique et facilite les soins palliatifs* ». Le Comité a été sage d'élargir : « *mesurer la place des questions financières dans la pratique et la culture du soin, en lien avec l'obstination déraisonnable et au moment de la phase terminale d'une maladie. L'éthique et le comportement médical sont-ils influencés de manière majeure par des systèmes de remboursement ? Les systèmes de remboursement sont-ils conformes aux attentes des professionnels et de la société en matière d'éthique ?* ». Enormes sujets sur lesquels le CCNE peut - doit - apporter quelques points d'appui car beaucoup sont perturbés par ce qui est vécu comme l'arrivée de la sphère économique dans la médecine, arrivée préjugée nocive, voire contraire à l'éthique.

Mais c'est là aussi que la déception commence.

Les à peu près abondent comme les banalités et les idées vagues. Certes, la plupart ne font pas de mal ("*La maîtrise des dépenses de santé en vue d'optimiser l'utilisation des ressources est une nécessité éthique*" - "*L'obligation faite aux médecins de prescrire de façon adaptée, devrait toujours être liée à l'obligation de se poser la question du pourquoi de la prescription et de l'évaluation du résultat escompté*"). Parmi elles on trouve quelques facilités regrettables (les contraintes de gestion, par exemple, ne sont évoquées que pour l'"hôpital public"...).

Parfois on est au seuil d'une réflexion créative ("*chacun des systèmes de financement successivement mis en place a induit des effets pervers*"), mais on s'arrête là, alors que



tout devrait commencer.

Parfois on est au seuil de l'erreur factuelle, ce qui trouble.

On s'étonne de voir réduire les compétences en soins palliatifs à l'humain.

Surtout, le financement est un droit, l'économie est un corps étranger, réduite à une "tentation". Elle n'est pas intégrée au débat comme fonction régulatrice, consubstantielle de toute activité humaine. Pourtant l'économie bien pratiquée a toujours été "civilisatrice". La productivité est une notion inconnue dans les passages relatifs à l'économie du système hospitalier. On nous parle de changements de culture (certes !) là où il faudrait aussi poser la question des comportements professionnels.

Peu de pistes, pas de préconisations, même après des passages justement critiques... Pas d'alternatives évaluées, facilitatrices du débat éthique.

Bref, le lecteur attentif et bienveillant ne peut qu'en ressortir frustré. Là où il cherchait à nourrir sa réflexion, il ne trouve rien sinon l'incompréhension de la dimension économique pour ne pas dire l'inculture économique. Sur les soins palliatifs et l'accompagnement, on croit reconnaître des citations entières de Régis Aubry et de Bernard Devalois. C'est heureux, mais on a aussi l'impression d'une copie, après audition, mal dominée par ses auteurs. La conclusion en appelle à des efforts d'information alors qu'on n'a pas avancé sur les sujets posés et qu'on ne voit pas en quoi l'information aidera à progresser sur les cas concrets de "*questions éthiques liées au développement et au financement des soins palliatifs*". L'avis 101 sur "Santé, éthique et argent" nous avait montré que le CCNE avait un déficit de maîtrise de l'économie. Cet avis le confirme. C'est bien regrettable. Les questions demeurent.

**L'évaluation
des politiques
de santé publique :
une obligation
constitutionnelle !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/51

Date de parution : lundi 21 décembre 2009

Sujet : **Evaluation des politiques de santé publique**

Mots types : RCF ; Rencontres de la cancérologie française ; Chirurgie ambulatoire ; HAS ; ANAP ; Psychiatrie - T2A ; Agence de Biomédecine ; Yondelis ; HCSP ; Haut conseil de santé publique ; Cour des comptes ; CdC ; Philippe Séguin ; Indicateurs ; INCa ; Compétences ; ANDEM ; ANAES ; HAS

Année 2009 - p. 65/74

Est-ce la fin d'année ? Cette semaine, les sujets importants ayant fait l'objet d'un événement significatif n'ont pas manqué.

- Les **Rencontres de la Cancérologie Française**. Le Président Couderc y a plaidé une fois encore pour les grands sujets qui font notre actualité : l'oncologie médicale, l'anatomopathologie, les risques de nationalisation de la radiothérapie...
- Le **colloque** organisé conjointement par l'AFCA¹, la HAS² et l'ANAP³ sur le thème du développement de la **chirurgie ambulatoire**. Du classique pour les connaisseurs, mais une rencontre de très bon niveau qui permet d'insister une fois de plus sur l'importance de ce développement et sur ses conditions (cf. UNHPC 09/572). Plusieurs Parlementaires dont le Président B. Accoyer et les staffs de la HAS et de l'ANAP y ont participé. Ces derniers en ont profité pour signer entre eux une convention. Tout cela porte sens. L'ANAP y a développé une analyse critique et argumentée du Plan Hôpital 2007. Fallait-il construire tant de m2 en chirurgie alors que nous en avons déjà beaucoup trop ? La question a courageusement été posée. L'ANAP serait-elle une agence indépendante ? A suivre, car intéressant et important...
- L'exemple donné par la **psychiatrie privée** qui va produire des RSF⁴ avant tout le monde (on connaît l'implication d'UNCPYSY⁵, depuis 20 ans)...
- Les premières journées de l'**Agence de Biomédecine** sur des sujets directement en rapport avec notre avenir...
- **Le scandale du Yondelis**TM, dossier long, difficile (cf. UNHPC 09/59 et 09/555) où la dernière avancée se traduit par une initiative folle de sectarisme autant que d'inconséquence : seuls les établissements listés par arrêté auront le droit de procéder à la prescription et à l'administration pendant les trois premiers cycles de traitement. Aucun critère de sélection. La liste est une liste de CHU et de CLCC, point. Le laboratoire avait été averti par l'INCa qu'une "*nouvelle politique*" allait être mise en place pour les molécules innovantes ! Ne nous y trompons pas, cela concerne peu de

malades mais on touche ici à un principe fondamental. Un corporatisme de copinage se met en place pour parer aux difficultés dues au nouveau régime des autorisations. Triste et grave. Désolant pour l'action syndicale, nécessaire, mais ramenée par la Tutelle à un niveau honteux pour tous.

- Un nouveau **Conseil d'Administration de l'INCa**⁶ où il a été débattu, entre autres, des inquiétants décrets et arrêtés "*compétences*" en matière de primo prescription des chimiothérapies (intéressant quand on voit ce qui se passe avec le Yondelis...) et d'un projet de décret radiovigilance si mal rédigé qu'il pourrait faire croire que toute séance de radiothérapie devrait faire l'objet d'un "*signalement*" à l'ASN et à l'ARS car "*susceptibles d'entraîner des conséquences inattendues pour la santé*"...

Nous choisirons pourtant d'évoquer surtout la "**Journée de fin de mandat du HCSP**" - Haut conseil de la santé publique -. En fait Roselyne Bachelot en a prolongé le mandat "*d'au moins 6 mois*". Mais c'est Philippe Séguin qui a créé l'événement.

Le Président de la **Cour des Comptes** a décliné devant les membres du HCSP les conséquences qu'il tirait du nouvel article 47-2 de la Constitution : « *La Cour des comptes assiste le Parlement dans le contrôle de l'action du Gouvernement. Elle assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances et de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ainsi que dans l'évaluation des politiques publiques. Par ses rapports publics, elle contribue à l'information des citoyens.* » C'est lui qui souligne « *l'évaluation des politiques publiques* » en faisant remarquer que les **politiques de santé publique** font bien partie des politiques publiques. Il est donc logique que la CdC s'y intéresse. Compte tenu des déficits, de la dette, du chômage, de la précarité, des problèmes d'accessibilité, de différentiels de productivité, de la concurrence internationale et de l'impératif de recréer des marges pour nos entreprises, cette évaluation des politiques de santé publique est, à ses yeux, prioritaire. A vrai dire, même au



sein du HCSP, peu avaient remarqué ce petit addendum récemment mis à l'article 47 de la Constitution.

Il s'agit là d'une orientation tout à fait nouvelle et importante pour nous.

Bien sûr le fait que le Président de la Cour des Comptes fasse une interprétation large de cette obligation d'évaluation des politiques de santé publique est un appui considérable à nos demandes d'indicateurs adéquats. On peut rêver à des évaluations rigoureuses sur de nombreux sujets.

Citons par exemple : le refus du PMSI⁷ pour la radiothérapie, le bilan du privilège donné à l'approche médicamenteuse dans un contexte d'abandon de l'oncologie médicale, les délais de prise en charge des malades, les politiques de rémunération des libéraux visant au blocage de la convention et à l'extension des secteurs "libres", le désintérêt manifeste pour les entreprises à dimension "métier", c'est-à-dire établies durablement dans le secteur, les aides aux équipes et établissements retardataires et l'oubli de ceux qui sont aux normes dans les financements spécifiques, l'équité dans les aides, les politiques structurelles (anatomopathologie, radiothérapie), l'approche tarifaire par les coûts et quelques autres sujets de détail...

Surtout, en perspective longue, on pourrait distinguer trois phases.

D'abord, à la fin des années 80 les tentatives isolées de développer les outils et les démarches d'évaluation des pratiques (ANDEM⁸, entre autres).

Puis, dans les années 90 celles visant à doter le pays d'une institution collective garante de l'indépendance professionnelle, par sa capacité à rendre compte de ses résultats (BAQIMEHP⁹, COMEVA¹⁰, puis ANAES¹¹).

Echec.

Dans le grand mouvement d'étatisation de la santé et dans le silence général, l'Etat a choisi une voie unique au monde : celle de la création d'une agence dédiée à l'évaluation médicale dont la source de légitimité (très forte) est exclusivement politique, la HAS. C'est, au niveau collectif, la mise sous dépendance de fait de la médecine.

Le Président de la CdC nous annoncerait une phase nouvelle, logique et complémentaire : celle du contrôle des politiques de santé publique par un organisme indépendant, fort, ancré de longue date dans la culture administrative française et donc assuré de sa pérennité.

Philippe Séguin ne cachait pas la difficulté et la nouveauté de la tâche. Il a fait état des expériences étrangères, celle du Royaume-Uni en particulier. Il a décliné une à une les réformes faites et encore à faire pour que ce nouveau champ de compétence de la CdC puisse être véritablement opérationnel. Il a prolongé cette description de considérations très pragmatiques sur les changements culturels à apporter à son institution, sur les recrutements commencés et à venir, sur les collaborations à établir.

C'est là qu'intervient le HCSP¹². Le HCSP est nouveau, très fragile, peu assuré de son avenir, doté de très faibles moyens... Bien sûr, mais l'invitation était claire et les perspectives ouvertes par le Président de la Cour des Comptes sont nécessaires à notre pays. Elles sont fondatrices, pourvu que nous sachions nous en emparer, les soutenir.

Bref, ce discours long, dense, précis, novateur, ouvre d'importantes perspectives. Le HCSP en a demandé communication écrite. Nous la diffuserons aussitôt.

¹ Association française de chirurgie ambulatoire

² Haute autorité de santé

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

⁴ Résumé standardisé de facturation (PMSI)

⁵ Union nationale des cliniques psychiatriques

⁶ Institut national du cancer

⁷ Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁸ Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

⁹ Bureau d'assurance qualité et de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée

¹⁰ Comité national de l'évaluation médicale de l'hospitalisation privée

¹¹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (1996, a succédé à l'ANDEM)

¹² Haut conseil de la santé publique

"Améliorer le retour sur investissement dans notre système de soins est un impératif vital !"

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 09/52

Date de parution : lundi 28 décembre 2009

Sujet : **Système de santé et crise financière**

Mots types : USA ; IOM ; Evidence based medicine ; Système social ; FHP-MCO ; Réforme ; Dette publique ; Conférence sur les déficits de la France

Année 2009 - p. 67/74

Nombreux sont les commentateurs qui, en France, se sont réjouis du rôle d'amortisseur social joué par le budget social du pays. Mais le niveau général de la dette atteint des sommets encore inimaginables il y a peu. Plusieurs grands pays commencent à affronter ce problème gigantesque. La France y viendra sûrement. Notre secteur n'y échappera pas. Les dépenses de santé augmentent régulièrement sans que les résultats ou même la productivité ne soient mesurés. Ces dépenses pèsent lourdement sur les citoyens et sur les entreprises. Cela fait vingt ans qu'on le dit, mais cette fois-ci, sauf à participer au déclin du pays, on ne voit pas comment échapper aux mesures nationales de redressement qui viendront.

Cette semaine deux faits en provenance des USA aident à la réflexion : l'avancée de la réforme de la santé et une publication de l'IOM¹.

La réforme du système de santé américain a franchi une étape importante et c'est heureux. S'il arrive au bout du processus, ce grand pays sera pour nous plus "civilisé", moins violent. Pourtant, le contenu des débats et les méthodes employées pour obtenir les votes, positifs comme négatifs, choquent nos mentalités européennes. Sur ce sujet du droit à la santé, ils renforcent un sentiment d'identité européenne forte. Le mot est à la mode. Il n'y a pas ici de risque régressif à l'employer. Bien au contraire, il souligne une orientation consensuelle forte et commune à tous nos pays, fondatrice et civilisatrice. Il faudra savoir maintenir le cap pour assurer l'avenir de nos systèmes de soins. La France est concernée au premier chef.

Dans le contexte actuel de crise financière, la question est donc de savoir si on prépare ce futur ou pas. Moins que jamais l'avenir nous sera donné. Deux événements à venir, d'ordre très différent, poussent à l'optimisme.

- Le président de la République nous promet en janvier "une conférence sur les déficits de la France qui réunira des représentants de l'Etat, de la Sécurité sociale et des collectivités locales". Pourquoi ne pas ouvrir à d'autres interlocuteurs ? Encore faut-il que les sujets soient abordés au fond et qu'on ne se contente pas d'un événement de communication sur des postures de pouvoir. Le risque est né puisque, selon Le Monde du 16/12/09 un conseiller du Président prédit "un moment de virilité entre Nicolas

Sarkozy et Bernard Thibault". Notre avenir vaut plus et mieux.

- A une autre échelle la FHP-MCO² se propose de tenir en mars prochain "un séminaire pour définir ses objectifs, les grands positionnements du secteur, bâtir son programme politique, notre futur". Là aussi les tentations seront nombreuses, en particulier celle, récurrente depuis quelques années, d'un syndicalisme faible, se complaisant dans les postures de contestations corporatistes alors même que la faiblesse et les carences de l'Etat poussent à un syndicalisme fort, capable de propositions systémiques. Une bonne occasion de retrouver un leadership sur ces questions.

Le sujet du sauvetage de nos systèmes de soins solidaires est difficile car le contexte l'est aussi. "L'Europe, à l'exception de l'Allemagne, aura du mal à créer de la croissance. D'autant qu'elle s'est dotée de règles monétaires, budgétaires, concurrentielles et environnementales qui en font un espace hostile à la production et à l'innovation" résume par exemple Nicolas Baverez dans "Les fractures du capitalisme" (Le Monde de l'économie du 22/12/09).

Du seul point de vue de la capacité des politiques à prendre des décisions opportunes, le secteur hospitalier est vulnérable à au moins trois risques, connus eux aussi.

- La culture dominante de la régulation administrative par un Etat ne distinguant pas ses missions d'ordonnateur et de régulateur.
- Un repli corporatiste des professionnels qui conduirait à des comportements de défense sauvage du type de ce qui se produit dans nos transports de banlieue, les patients faisant ici office d'otages. On en a déjà vu les prémices il y a quelques mois.
- Des élus pour qui l'hôpital est un instrument commode de régulation de l'investissement et de l'emploi local, ce qui est pour eux beaucoup plus intéressant qu'un hôpital (et des cliniques !) accessible à tous, qui soigne bien, vite et pour pas cher.

Il faut donc définir les bases d'un consensus. C'est là qu'on peut revenir aux USA. Leur pragmatisme est souvent exemplaire.

Ainsi "The Institute of Medicine's Roundtable on Evidence-Based Medicine" qu'on pourrait traduire par une



sorte de "Grenelle de concertation sur la médecine basée sur des preuves" développe ses travaux pour définir ce qu'ils appellent un "système de soins auto-apprenant" et les organise autour d'une "charte qui définit la vision, les buts recherchés, le contexte et l'approche". Il y est affirmé, entre autres, "qu'améliorer le retour sur investissement dans notre système de soins est un impératif vital". Dans les derniers travaux publiés on y dégage des "thèmes et possibilités d'action qui font consensus". Leur lecture est impressionnante sur les possibilités d'une approche pragmatique entre acteurs publics et privés conscients des enjeux. Nous vous proposons ci-dessous, à titre d'illustration, la traduction d'un des encadrés.

Puissent la France et les acteurs du système de santé dégager de façon aussi claire les défis auxquels il va falloir faire face, les buts à atteindre, les conditions et les voies pour y parvenir !

IOM 2009 : Les thèmes faisant consensus

Les défis concernant les coûts et les résultats

- La croissance des coûts du système de santé et ses conséquences individuelles, institutionnelles, et nationales
- Des résultats très en deçà de ce qui est attendu
- La fragmentation des décisions, des principes contradictoires, les effets pervers de la politique

Les facteurs de déficits

- L'incertitude scientifique
- Des incitatifs pervers tant du point de vue économique que de celui des pratiques
- La fragmentation du système
- L'opacité sur les coûts, la qualité, les résultats
- Les changements dans l'état de santé de la population : vieillissement, obésité, chronicités, comorbidités
- Des patients peu impliqués
- Le manque de financement des programmes de santé publique

Les facteurs d'influence sur les décideurs

- Mettre en cohérence et harmoniser les systèmes d'assurance
- Simplifier et standardiser des contraintes administratives
- Réformer les systèmes d'allocation de ressources à partir d'une conception privilégiant les forfaits à l'épisode de soins, l'incitation aux résultats et à la qualité, un meilleur ciblage des patients de mauvais pronostic
- Développer la qualité et la cohérence des prises en charge comme des recommandations, créer des bases de données significatives de l'efficience
- Etablir des recommandations de pratique opportunes, indépendantes et compréhensibles
- Avoir des systèmes d'information cliniques fiables, partageables et sûrs
- Protéger les données mais les rendre accessibles pour le développement continue des connaissances
- Rendre plus transparentes les données de coût, de qualité et de résultats
- Développer une culture professionnelle et des organisations centrées sur l'intérêt du patient
- Éviter les effets pervers d'une médecine défensive en créant des institutions et des procédures protectrices des bonnes pratiques
- Développer la prévention tant aux niveaux des individus que des populations

IOM (Institute of Medicine). 2010. *IOM roundtable on evidence-based medicine - The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes - Brief Summary of the Workshop*. Washington, DC: The National Academies Press. Box S-1 Common themes, p. 7
(Diffusé par mail UNHPC 09/579)

¹ Institute of medicine of the national academies (USA)

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

INDEX

A			
Accord du 4 avril 1991	15	Commission Juppé-Rocard	27
B. Accoyer	65	Communication	17
Action de l'Etat	53	Compétence	33, 35, 65
Action syndicale	5	Concertation	5, 11
Administration	21, 57	Conférence internationale sur la radioprotection	61
Administration par l'Etat	21	Conférence sur les déficits de la France	67
Agence de Biomédecine	65	Confusion	7
Aides	27	Confusion de vocabulaire	7
AIEA	61	Conseil national de pilotage	19
ANAES	65	Continuité des soins	47
ANAP	19, 29, 65	Contrat	49
Ch. Anastasy	29	Convention	21
Anatomocytopathologie	33, 53	Convergence	7, 15, 17
ANDEM	65	Coopération	13
M. Aoustin	45	Coordination territoriale	48
Approche par les coûts	17	Coordination ville-hôpital	47
ARS	45, 57	J. M. Cosset	61
ASN	61	B. Couderc	47
Assises nationales des réseaux	43	A. Coulomb	45
Assurance-maladie	11	Cour des comptes	25, 65
ATIH	45	Culture	63
R. Aubry	63		
Autorisations	31, 33, 35, 49	D	
B		Cl. De Lathouwer	51
R. Bachelot-Narquin	31	Défense	17
BADS	51	L. Degos	23
BAQIMEHP	59	Délais	47
R. Bataille	57	Démographie	5, 9, 13
N. Baverez	67	Démographie en radiothérapie	33
Cl. Bazy-Malaurie	11, 45	Dépassements	9, 17, 21, 25, 39, 49, 57
Benchmarking	29	Dettes publiques	67
H. Bergson	41	B. Devalois	63
Y. Berland	47	Développement	37
X. Bertrand	19, 57	DGS	11
Blocage	57	Direction	21
J. Y. Bousigues	57	DMP	47
Bretagne	49	E	
P. Briand	11, 53	Economie	63
Y. Bur	57	Effectifs	9
C		EFRS	61
Calendrier	11	Elaboration d'un Plan de santé publique	11
Cancérologie	9	Entrepreneurs	27
CCNE	63	Etablissements associés	49
CdC	65	Etat	5, 53, 57
Centralisation	57	Ethique	63
Charité	37	Europe	37
M. Chassang	57	Europe n° 1	59
Chasseurs de primes	27	Evaluation	43, 53, 63
Check-list des blocs opératoires	31	Evaluation des politiques de santé publique	65
J. Chirac	53	Evidence based medicine	67
Chirurgie	33, 51	Cl. Evin	15
Chirurgie ambulatoire	51, 65	Expertise	11
Chirurgie de cabinet	51	F	
CLAHP	57	Fédérations	35
Classements des hôpitaux	59	FHF	57
E. Coca	45	FHP	57
Combat	17	FHP-MCO	17, 67
COMEVA	59	Financement des soins palliatifs	63
Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé	63		
Comité National de Suivi	13		

G			
R. Gatelmand	41		
GCS	21, 47		
Gestion	29		
GMSIH	29		
Grand emprunt national	27		
Grande Bretagne	25		
Grippe H1N1	33		
J. P. Grünfeld	11, 47, 51, 53		
H			
HAS	65		
Haut conseil de santé publique	11, 53, 65		
B. Høerni	41		
HPST	9, 19, 21, 31		
I			
IAAS	51		
ICRP	61		
Ile de France	49		
Impact bureaucratique	13		
INCa	65		
Incontinence réglementaire	31		
Indicateurs	59, 65		
Inégalités	55		
Inévitable	21		
Injonctions réglementaires	9		
IOM	67		
J			
P. Jarrett	51		
Judiciarisation	43		
A. Juppé	58		
Justice	43		
K			
Kafka	7		
R. Ken Danis	15		
J. de Kervasdoué	41, 45		
Arthur Kessler	7		
M. O. Koehert	57		
L			
Le Nouvel Observateur	59		
Le Parisien	59		
Le Point	59		
J. Léonetti	63		
Lois les plus désirables	31		
A. Loth	45		
M			
MAINH	29		
Maîtrise des dépenses	29		
J. F. Mattéi	45		
MEAH	29		
Médecine commerciale	49		
Médecine libérale	53		
Mémoires	41		
Mercato	5		
Méthode	53		
MIGAC	17, 45, 51		
Mise en place des réformes	19		
Mission Cancer	11		
Mode	43		
E. de Mongolfier	43		
		M. de Montaigne	31
		P. Morion	39
N			
		Nationalisation	47
		Nice	43
		Nominations	45
O			
		B. Obama	37
		Obligations	9
		Observatoire des systèmes de santé européens	37
		Obstination déraisonnable	63
		T. Ogg	51
		Oncologie	9
		Oncologie médicale	33, 35
		Optimisation	29
		Ordre des médecins	35
		Orientation	17, 29
		G. Orwell	7
P			
		Patients	35, 61
		Pays-Bas	25
		Pensée unique	19
		Performance	29
		Période intermédiaire transitoire	31
		Philosophie de la responsabilité	31
		Plan Cancer	9, 13, 33, 51
		Plan Cancer 2009-2012	53
		Plan de santé publique	11
		Plan Hôpital 2007	65
		PMSI	45
		A. Podeur	57
		Police	5
		Préavis	49
		Priorité	53
		Prix identique	51
		Production	31
		Productivité	21, 25, 51
		Promulgation	53
		Proposition	17
		Protection des administrations	5
		Protocole d'accord tripartite	49
		Psychiatrie	65
Q			
		Qualificatifs administratifs d'usage obligatoire	7
		Qualité	61
		Qualiticien	13
R			
		Radiophysiciens	5
		Radiophysique	5, 31
		Radiothérapie	5, 13, 27, 31, 33, 61
		G. Rameix	11, 45
		Rapport d'étape du Comité national de suivi de la radiothérapie	13
		Rapport Grünfeld	11
		RCF	65
		Reconnaissance	49
		Réforme	7, 15, 19, 21, 57, 67
		Réforme des systèmes de santé	25
		Réforme du système de santé américain	37
		Réglementation	9, 31, 35
		Régulation	25, 45
		Régulation bureaucratique	25

Relations médecins-établissements	57	Spécialistes d'organe	35
Remboursements	63	Spécificités	33
Rémunération	49	Stratégie	15, 29
Rencontres de la cancérologie française	65	Subventions	27
Rencontres de la FHP	57	Syndicalisme	17
Rencontres INCa	47	Système de santé et crise financière	67
Rentrée 2009	33	Système social	67
Réseau de santé	43		
Réseaux de cancérologie	47	T	
Respect du droit	19	T2A	45, 57, 63, 65
Responsabilité collective	37	Tarif unique	25
REX	61	Tarifification	25, 33
Risque	5, 61	Témoignages	41
M. Rocard	58	Tentation	63
Rôle de l'Etat	57	Territoire	47
		Textes réglementaires	31
		B. Thibault	67
S			
Santé, éthique et argent	64	U	
SantéClair	59	UNCAM	19
N. Sarkozy	53, 67	UNHPC	17
Secteur 2	9, 17, 21, 25, 39, 49, 57	USA	9, 25, 37, 67
Secteur optionnel	49		
Secteur privé à l'hôpital	17	V	
Sécurité	5, 61	F. Van Rookeghem	19
Sécurité sociale	53	S. Veil	45
PH. Séguin	65	Versailles	61
Sémantique	7	G. Vincent	57
Sénologie	55	Virus mortel	39
Sens des mots	7	Vocabulaire	7
Sens du service public	11	Volume	31
L. Serfaty	41, 45		
Service	43	W	
Service public	7, 11	B. V. Wetchler	51
SFRO	61		
SFSPM	55	Y	
Simplification	31	Yondelis	65
Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire	55		
Soins palliatifs	63		
Solidarité	7		
Soutiens	27		

Les applications UNHPC pour iPhone, iPod Touch et iPad

Ne vous en privez pas !

Téléchargeables gratuitement sur l'App store d'iTunes

Description complète sur demande à :
medibrev@orange.fr



MediSigles[©]
**Dictionnaire
des sigles médicaux**
34.000 sigles utiles
pour se repérer
dans le système de santé

Le plus gros dictionnaire spécialisé au monde. Un gros succès international.

Recherche sur le sigle ou sur sa signification (pour retrouver une société savante, un journal, un score...)

Indépendant d'Internet, mais si vous avez une connexion, propose une recherche directe du sigle sur Wikipedia et de la signification sur Google : une garantie de pages homogènes

MediSigles est un véritable outil de travail que vous utiliserez en permanence, en réunion, au cours de la lecture d'un article, pour suivre un exposé, pour vos recherches personnelles. Toujours à portée de main, il vous fera gagner un temps précieux.

T2ATarifsMCO[©]
**Les tarifs T2A
des hôpitaux et cliniques en
médecine, chirurgie,
obstétrique
France entière**

Chaque tarif est directement accessible par le n° de GHM, le n° de GHS ou un mot caractérisant le motif de l'hospitalisation ou de la prestation.

2.577 fiches tarif applicables à partir du 1^{er} Mars 2010.

Les tarifs "publics" et "privés" correspondant à un même GHM sont présentés sur la même fiche.

Données reprises de l'arrêté fixant pour l'année 2010 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la LFSS.

CITATIONS Q-H[©]
**Dictionnaire de définitions
et de citations
relatives à la
qualité hospitalière**

Citations Q-H est un très gros dictionnaire de termes significatifs de la qualité hospitalière et de la gestion des risques en établissements de santé - hôpitaux et cliniques, centres de radiothérapie... -.

Il propose plus de 7.000 citations qui sont majoritairement des définitions, mais qui sont aussi des opinions significatives sur un des aspects de la qualité hospitalière.

L'équivalent de plusieurs dizaines de livres sous la main, consultables en temps réel (sans recours à Internet) !

