



UNHPC
Union Nationale
Hospitalière Privée
de Cancérologie
www.unhpc.org

**Le futur
Plan Cancer 3,
qui bénéficiera du
bilan du Plan Cancer 2
et des propositions
émises par
tous les acteurs,
sera annoncé
en début d'année 2014**

Communiqué du Ministère du 2/9/2013

Cette semaine, entre autres...

*La chronique de l'UNHPC 13/35
Lundi 2 septembre 2013*

Le patient est-il au centre ?

- ↳ Préparation du Plan Cancer - Le rapport Vernant
- ↳ Pierre-Louis Bras nouveau Secrétaire Général
- ↳ L'ATIH ouvre un site d'information sur les dépassements
- ↳ L'impact en termes de coût d'un suivi des malades chroniques par téléphone

Mots types : Recommandations - M. Touraine - BMJ

Auteur : G. Parmentier

Abonnement / désabonnement : unhpc-vd@wanadoo.fr

L'important, pour nous, cette semaine, c'est bien sûr la parution du **rapport Vernant**. Il a pour titre : **"Recommandations pour le troisième Plan Cancer"**, comme le rapport Grünfeld. Par contre, il n'est pas noté "Rapport au Président de la République", mais "Rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la santé et à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche". Nous avons souvent souligné ici les conditions extrêmement difficiles qui furent celles de l'élaboration de ce rapport. Il est pourtant plus volumineux que ses prédécesseurs. Une analyse à chaud est donc difficile et risquée, d'autant plus que le contexte n'est pas très clair. On sait par exemple que des groupes de travail ont été installés pour rédiger le futur Plan Cancer avant même que le rapport Vernant ne sorte. Il n'empêche, à première lecture, comment ne pas exprimer ici une grande déception sur le contenu de ce rapport. Il nous semble trop souvent faible dans ses propositions et surtout ressortir d'un retour à une culture d'organisation pyramidale, graduée, qui n'est pas adaptée à la cancérologie. Il apparaît aussi en rupture avec plusieurs succès des Plans Cancer précédents et ne reprenant pas les chantiers nécessaires mais oubliés de ces mêmes Plans. Par ailleurs il trouble par son oubli complet du secteur privé libéral qui est pourtant, et de loin, l'acteur le plus important en nombre de malades dépistés, diagnostiqués, pris en charge... Qu'il faille faire ce rappel aux faits, encore et encore, en 2013 devient assez stupéfiant et interroge sur la capacité que nous avons à affronter la réalité. La question se pose donc : le patient est-il au centre de ces recommandations ou n'est-ce pas plutôt une vision particulière de la structuration de notre système ? Enfin, il ne peut y avoir de politique nationale qui pèse sur l'organisation d'un pays que dans la continuité. C'est bien ce qu'ont voulu les derniers Présidents de la République, malgré leurs différences. Le rapport Vernant donne l'impression d'une rupture et non d'une continuité. Du passé on ne peut faire table rase. Il faut au contraire consolider et optimiser ce qui marche, oser réformer ce qui ne marche pas ou manque d'efficacité. A première lecture ce n'est pas ce que propose le Pr Vernant et cela inquiète.

Nous évoquerons aussi, mais sous forme de brèves, trois événements très différents qui nous ont semblé devoir être soulignés cette semaine : la nomination de **Pierre-Louis Bras** au poste de Secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales ; l'ouverture d'un **site d'information sur les dépassements** d'honoraires par l'**ATIH** ; la parution d'une étude sur l'impact en termes de coût d'un **suivi par téléphone et infirmières spécialisées des malades de maladies chroniques**, en Angleterre.

*En cancérologie,
le secteur libéral
premier acteur
des missions
du service public*

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



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



Mais, revenons-y, cette semaine, la question qui s'impose, c'est celle de la mise au point du Plan Cancer 3 : Par qui ? Où ? Comment ? Avec quelles orientations ? Il est vraiment temps de clarifier, de donner des perspectives !

Préparation du Plan Cancer le patient est-il au centre ?

Enfin ! Le rapport Vernant est sorti !⁽¹⁾ Il a été remis ce vendredi à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, et à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Geneviève Fioraso⁽²⁾.

Hélas, il laisse beaucoup de ses lecteurs perplexes, critiques, souvent très critiques.

En faire l'analyse à chaud est difficile et présomptueuse. C'est pourtant la règle pour une chronique hebdomadaire. Nous nous risquons donc.

Dès l'abord on est impressionné par la densité du document. Bien présenté, il distingue très clairement les attendus de ses objectifs. Ces derniers sont déclinés en "recommandations". Comme prévu, il distingue 5 axes thématiques et 5 axes transversaux.

Le premier Plan Cancer Présidentiel couvrait la période 2003-2007. Sur 64 pages, il comportait 22 objectifs, 70 mesures et 206 actions.

Le second Plan Cancer Présidentiel couvrait la période 2009-2013. Sur 140 pages, il comportait 5 axes, 30 mesures et 118 actions.

Le Rapport Vernant, sur 162 pages très denses, sauf erreur de notre part, comporte 120 objectifs et 421 recommandations. Autrement dit, il est énorme.

Les propositions d'objectifs et de recommandations sont articulées en 5 "axes thématiques" :

- le développement de la prévention et du dépistage, 25 objectifs, 95 mesures
- la recherche, 11 objectifs, 37 mesures
- les métiers, les formations et les pratiques de la cancérologie, 25 objectifs, 73 mesures
- le parcours de soins, 8 objectifs, 33 mesures
- la vie pendant et après le cancer, 22 objectifs, 89 mesures.

5 "axes transversaux" complètent ces propositions et concernent :

- l'implication du médecin traitant, 2 objectifs, 11 mesures
- l'évolution des modalités d'implication des malades, 4 objectifs, 12 mesures
- le système d'information, 6 objectifs, 25 mesures
- l'organisation cible proposée pour obtenir une simplification, une meilleure lisibilité et une meilleure efficacité de la lutte contre le cancer, 14 objectifs, 42 mesures
- les problèmes de financement et de tarification se posant aux patients et aux établissements de santé, 3 objectifs, 4 mesures.

Rappelons que ses conditions d'élaboration ont été diffi-

ciles et courtes. Nommé le 4 décembre le Pr Jean-Paul Vernant a dû attendre sa lettre de mission jusqu'à fin février⁽³⁾ et le dispositif de travail n'a pu être mis en place que fin mars⁽⁴⁾ ! Il devait rendre son rapport pour fin juin et a finalement obtenu une rallonge jusqu'au 14 juillet. Depuis, silence. Puis, lors de la remise du dernier Bilan par l'INCa⁽⁵⁾ (Rapport final sur le bilan du Plan Cancer 2009-2013), le communiqué de la DGS⁽⁶⁾ nous apprend que la remise se fera le 30 août. Personne n'a caché qu'il y a eu de lourdes discussions et d'aussi lourdes tensions. Rien n'en a filtré sur le fond, et cela est normal. Mais notons que, durant cette courte période, les responsables du Cabinet ont changé, les rapports se sont multipliés, dont plusieurs fragilisaient l'INCa, le Secrétaire général des Ministères chargés des Affaires sociales a changé, nous apprenons le départ du Directeur Général de la Santé⁽⁷⁾, mais cela devait se préparer depuis un certain temps, les cadres supérieurs de l'INCa sont moins nombreux qu'ils ne l'étaient pour la préparation du dernier Plan... Bref, on est loin de l'effervescence créatrice des professionnels qui ont conduit au Premier Plan Présidentiel, loin aussi des équipes de la DGS et de l'INCa qui travaillaient auprès du Pr Jean-Pierre Grünfeld. De plus, J. P. Vernant, PU-PH à la Salpêtrière, n'était pas un habitué des groupes de travail, de réflexion, d'animation ou de proposition sur l'organisation du système de santé. Il s'agissait donc largement, pour lui, d'une découverte⁽⁸⁾. Le travail qui a été fait dans ces conditions très difficiles, en 3 mois, est donc considérable.

Le rapport démarre bien. Comment, en effet, ne pas partager cette introduction aux "propositions d'objectifs stratégiques"⁽⁹⁾ et les illustrations qui l'accompagnent ? :

"Sur la base de l'évaluation des objectifs de santé publique en lien avec le cancer, nous proposons 3 objectifs permettant une modification de l'état de santé de la population :

- *La réduction effective des inégalités de santé. Cet objectif peut être mesuré par des indicateurs d'impact existants et doit constituer une des lignes directrices du 3e plan cancer.*
- *Les adaptations nécessaires du système de santé et de son financement liées aux modifications prévisibles de la prise en charge des cancers qui imposent une évolution des pratiques, des métiers et des équipements. La participation des médecins traitants dans le parcours de soins sera essentielle dans ce processus d'adaptation.*
- *La simplification de l'organisation existante. Une simplification de l'organisation permettra d'en augmenter l'efficacité et la cohérence."*

A partir de là, comment dire ? Les choses se dégradent. Bien sûr dans la masse des 421 recommandations il y a de bonnes choses. L'idée de systématisation de la mesure des délais de prise en charge, enfin ! L'idée de con-



sultation de fin de traitement avec présence pluriprofessionnelle y compris celle du médecin traitant est certainement excellente, si on arrive à la financer. Il y a aussi de belles formules, importantes et significatives, comme, par exemple, lorsqu'on nous recommande de *"modifier l'approche de la prévention pour passer d'une prévention prescriptive fondée sur les interdictions à une prévention éducative."*⁽¹⁰⁾

A la décharge du Pr Vernant on peut aussi se poser la question de savoir si les questions de l'avant et de l'après cancer ressortent vraiment complètement de l'organisation hospitalière de la cancérologie. Ces questions ne ressortent-elles pas plutôt d'une approche du type de celles promues par l'Europe puis par l'OMS⁽¹¹⁾ sous le nom de Health in All Policies - La santé dans toutes les politiques ?⁽¹²⁾ A trop charger la barque du Plan Cancer on risque de réduire les propositions à la mise en place d'une série d'indicateurs, certes intéressants, mais qui portent en eux le risque d'ennuyer les administrations et les acteurs des autres secteurs que celui de la santé, d'alourdir leur travail sans changer les choses au fond et, en conséquence, d'avoir peu d'impact réel. Les préconisations du rapport Vernant, inévitablement, tombent un peu dans ce piège.

Mais au total on a l'impression d'un foisonnement non maîtrisé, de multitudes de propositions qui ne répondent pas toutes aux attendus, souvent bien exprimés, d'un grand manque de continuité avec les Plans précédents.

Pourquoi enterrer les réseaux pour demander aux 3C⁽¹³⁾ de se transformer de fait en réseaux, en faisant croire que la plupart des 3C sont territoriaux alors que, pour toucher les subventions, les ARS⁽¹⁴⁾ ont poussé presque partout à ce qu'ils soient d'établissements ?

Pourquoi casser le dépistage organisé en l'éloignant du terrain alors qu'il faut, pour réussir, coller au terrain et qu'il suffit de repérer les zones en retard ou insuffisamment diligentes pour les animer, fortement s'il le faut ?

Pourquoi ne pas citer une fois seulement les "réseaux de santé" par leur nom⁽¹⁵⁾ ? Par méconnaissance du droit ? Pour respecter la mode du moment ?

Pourquoi dénigrer les réseaux régionaux de cancérologie qui sont une des réussites des Plans Cancer précédents pour les confier à des structures lointaines (les cancéropôles) qui ne sont pas faites pour ça et qui ne l'ont jamais demandé ?

Pourquoi décourager les acteurs souvent performants du DCC⁽¹⁶⁾ sans jamais raccorder les limites de leurs expériences au serpent de mer du DMP⁽¹⁷⁾ ?

Pourquoi décourager les oncologues médicaux en passant une fois de plus complètement à côté du problème, même si une phrase courageuse sauve les DES d'oncologie ?⁽¹⁸⁾

Pourquoi décourager les pathologistes en étant si régressif par rapport aux conclusions consensuelles du rapport de la DGOS⁽¹⁹⁾ de 2012 ?

Pourquoi être si court sur la radiothérapie libérale alors qu'elle prend en charge plus d'un patient sur deux (statut d'établissement, soumission au PMSI⁽²⁰⁾...) ?

Pourquoi laisser croire qu'on est dans la ligne des progrès attendus en termes d'inclusion dans les essais cliniques alors que pratiquement rien n'a été fait du côté des CH et des cliniques ? Il demeure que les inclusions dans

les essais cliniques devraient faire partie de la pratique courante de tous, qu'elles sont un critère de la qualité des pratiques. Il faut par ailleurs une masse critique suffisante pour avoir des essais de qualité. En conséquence, il n'y a pas d'alternative. Pour toutes ces raisons, et, de surcroît, pour des raisons d'égalité d'accès à des soins de qualité, il faut absolument se donner les moyens de développer les inclusions dans les essais cliniques dans les CH et dans les cliniques où sont la majorité des patients. Il faut, pour cela, convaincre les CHU et les CLCC de jouer leur rôle d'animateurs, de formateurs, d'incitateurs au lieu de faire des essais un élément de concurrence, convaincre l'Assurance maladie qu'il faut rémunérer mieux ceux qui font ce travail supplémentaire et qui ont ainsi de meilleures pratiques que ceux qui ne le font pas. Pourquoi tant de silence sur ces exigences de bonnes pratiques et d'égalité d'accès ?

Pourquoi choisir une approche discriminante selon le statut concernant les dépassements d'honoraires comme si la question ne ressortait pas d'une conception unifiée de la médecine ?

On pourrait prolonger, longuement,... Mais à quoi bon ?

Mentionnons aussi le trouble que crée le manque apparent de rigueur sur plusieurs points.

Que penser de la proposition de concentration des pouvoirs et des responsabilités sur l'INCa au moment même où s'accumulent les rapports officiels plus ou moins secrets qui le fragilisent et où la contestation de son utilité par la Recherche ne semble pas faiblir ? Y a-t-il eu arbitrage ? Si oui, il faut le préciser car c'est une information de première importance. Si non, qu'est-ce que ces propositions signifient vraiment ?

Que penser de la proposition reprise en boucle de responsabilisation des ARS avec, entre autres, la demande de création de mini INCa sur chaque région avec la proposition faite aussitôt après d'organisations supra régionales ? Où est la cohérence ? Au régional ou au supra régional ?

Compte tenu de ce que nous sommes, pourquoi ne pas signaler aussi ce qui nous concerne très directement. Lorsqu'on nous combattait (période Mattéi par exemple), au moins, cela voulait dire qu'on existait, que le principe de réalité s'imposait par cette reconnaissance de fait. Ici, l'absence complète du secteur privé libéral sauf lorsque le rapport se penche sur la question des dépassements d'honoraires pose vraiment problème. Nous l'avons dit, même là, l'oubli que la médecine est "une", la même pour tous, est déontologiquement et éthiquement choquant. Pourquoi en effet ce qui est contre nature pour la médecine publique ne le serait-il pas pour la médecine privée ?...

Surtout, le secteur libéral prenant en charge les 4/5^e des dépistages, les 3/4 du diagnostic ACP⁽²¹⁾ de cancer, près de la moitié des patients en phase aiguë, les moyens mis en œuvre (financiers, techniques, humains) par les Plans Cancers n'étant attribués pratiquement qu'au secteur public, les recommandations nécessaires aux évolutions du secteur privé étant inexistantes, rien n'étant fait non plus pour inciter les jeunes à choisir l'exercice libéral et ses responsabilités, on ne peut que déboucher (rapidement ?) sur des inégalités supplémentaires pour les patients. De façon plus générale encore, comment les res-

responsables concernés peuvent-ils imaginer que notre pays pourra se payer le même niveau de prise en charge tant que le "public" n'arrivera pas au niveau de productivité du "privé" et tant que ce dernier ne sera pas mis en condition de pouvoir maintenir son niveau d'efficacité ? Au-delà des opinions légitimes sur les avantages et les limites des différents modes d'exercice, cet ostracisme est, au sens propre, irresponsable.

En fait dans ce fourre-tout, on a le sentiment étrange de retrouver la culture et les tentations du tout début des années 2000. Le Plan serait avant tout un outil de captation de clientèle au service des hôpitaux publics, les grands, car les CH sont oubliés eux aussi. Il y a des nuances, mais les ressemblances sont frappantes.

Le privé était officiellement combattu, il est maintenant complètement ignoré. Les réseaux étaient à la mode, il fallait les empêcher de vivre en les doublant d'une organisation pyramidale des 3C⁽²²⁾. Ils sont passés de mode, mais on propose de les doubler de la même façon, plus contrôlable. Et en plus on oublie de recommander la mise au point, enfin !, d'un véritable droit de la coopération, adapté, l'adaptation du droit de la responsabilité à la pratique d'une médecine concertée...

Le dépistage était - est toujours - très majoritairement organisé par les libéraux. On se souvient du travail intense des "grands" de l'époque, au cabinet du Ministre, durant 15 longs jours, pour confier tout le dépistage organisé aux CHU⁽²³⁾ et aux CLCC⁽²⁴⁾. 15 longs jours avant de se rendre compte que ce n'était pas une question d'opinion, c'était tout simplement physiquement impossible ! Ici on le centralise auprès de structures éloignées et qui n'en peuvent mais.

La Sécurité sociale paraissait une inconnue étrangère à l'organisation des soins. On en est toujours là, ce qui a pour conséquence d'écarter les libéraux de toute mesure concrète découlant des Plans Cancer. Pourtant, lorsqu'on est responsable de la définition d'un Plan national de santé publique, Présidentiel, qui plus est, on devrait avoir le souci de son application par tous...

On reparle sans cesse de gradation des soins, alors qu'à la demande unanime des professionnels, y compris des CHU, nous avons obtenu le retrait de cette orientation par une lettre d'Édouard Couty, alors directeur de la DHOS⁽²⁵⁾, pour cause de non-pertinence en cancérologie et son abandon définitif à partir de la circulaire portant organisation de la cancérologie de 2005. Pourquoi alors, sous prétexte de simplification de l'organisation, proposer une usine à gaz dont la seule vertu est d'être aspirante et pyramidale ? On a l'impression d'être revenu à ce temps-là. Politiquement, la continuité droite gauche dans l'irréalisme doctrinaire et corporatiste a même quelque chose de troublant. Mais il ne faut sans doute pas se troubler outre mesure, la réalité est là. "*C'est un fait. Les faits sont têtus*", comme disait un vieux leader⁽²⁶⁾. Comme il y a dix ans, le principe de réalité s'imposera, les sens et l'éthique des responsabilités finiront par s'imposer. Le temps de l'exigence et du contrôle reviendra. Simplement on aura perdu du temps et de l'énergie, on aura dépensé beaucoup d'argent, on aura découragé beaucoup de professionnels parmi les meilleurs en leur rendant la vie plus difficile au lieu de la leur simplifier et de les dynamiser en les jugeant sur résultats et les ci-

toyens continueront de payer très cher des soins qui pourraient être meilleurs.

Au total, on comprend mieux maintenant les mots de la Ministre. Nous nous en inquiétons dans nos chroniques précédentes. Nous étions presque un peu choqués par ses propos. Il reste que le sort réservé au Pr Vernant pour préparer ces recommandations n'a pas été très correct. Mais, au vu du résultat, on se dit que la Ministre n'avait peut-être pas tort de nous avoir prévenus le 22 août dernier : "*Le travail d'élaboration de ce troisième Plan, actuellement en cours, est placé sous l'égide de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et Geneviève Fioraso, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Il sera nourri des recommandations du Pr Vernant*". Et de réitérer aujourd'hui, en concluant son communiqué de presse par ce paragraphe significatif : "*Ces propositions viendront enrichir le travail important des groupes de travail mis en place par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, en collaboration avec l'INCa, chargés d'élaborer le Plan cancer 3. Ce travail sera réalisé en étroite association avec les experts, scientifiques, médecins, professionnels et associations de malades. Le futur Plan cancer 3, qui bénéficiera du bilan du Plan cancer 2 et des propositions émises par tous les acteurs, sera annoncé en début d'année 2014.*"⁽²⁷⁾

Alors la vraie question est sans doute celle de savoir qui pilote concrètement ces "*groupes de travail*" déjà mis en place ? Qui les compose ? Le secret les entourant va-il durer alors même qu'il devient contre productif ? Quelles sont les orientations qui leur sont données, à ces "*groupes de travail*" ? Quelles sont leurs méthodes de travail ? En ont-ils ? Comment interpréter le mot "*important*" dans la phrase "*ces propositions viendront enrichir le travail important des groupes de travail mis en place*" ? Important car il est déjà largement fait ou important car le sujet est important ?

En lisant entre les lignes on a aussi l'impression d'une reprise en main "politique", donc du Cabinet. Est-ce bien cela ?

Les deux dernières phrases affirment que "*tous les acteurs*" seront concertés ? Tant mieux, ce serait gage d'efficacité s'il y a aussi un projet clair et une animation forte et, qui plus est, ce serait bien dans la logique voulue dans d'autres secteurs par le Président de la République.

Si le patient doit être mis au cœur du dispositif, il faudra bien se pencher aussi - d'abord ? -, sur l'organisation, sur les conditions d'exercice de ceux qui en prennent en charge le plus grand nombre.

Alors, ce troisième Plan Cancer Présidentiel, par qui va-t-il être mis au point ? Quand ? Selon quelles modalités ? Dans quel cadre ? Un impératif de service public et d'intérêt général s'imposera-t-il pour unifier les acteurs ? Les effets sur le patient seront-ils la référence incontournable, le patient remplaçant les structures et les corporatismes comme justification ultime de nos organisations ? Les contraintes financières seront-elles prises en compte pour unifier les acteurs autour d'organisations pragmatiques et efficaces, pour faire cesser ces luttes de pour-



voir et de captation d'argent public qui ont pollué les dix dernières années en cancérologie ? Il ne reste que quelques mois. Les orientations devront être claires et le travail devra être rondement mené.

Il est temps, il est urgent de clarifier... et de se remettre au travail.

Brèves

En mai 2012, nous nous étions réjouis de la nomination de **Pierre-Louis Bras** au cabinet de Jérôme Cahuzac, au budget⁽²⁸⁾. Jérôme Cahuzac connaissait bien notre secteur, le fait de renforcer son cabinet avec Pierre-Louis Bras qui fait partie des plus compétents donnait encore plus de poids au ministère du Budget. Le pari était que si la régulation se transférait vers le Budget, cela obligerait le ministère de la Santé à être plus centré santé et santé publique que corporatisme et fonction publique. La définition des champs de compétences et les événements liés à la personne du Ministre du budget en ont décidé autrement. Depuis, en avril dernier, P. L. Bras avait été chargé d'une mission sur l'accès aux données de santé par Marisol Touraine. Dossier important s'il en fut. Cette semaine Pierre-Louis Bras est nommé Secrétaire général des ministères chargés des Affaires sociales. Il l'est après la démission ou le départ de deux poids lourds qui comptent eux aussi parmi les meilleurs, Denis Piveteau qui est resté six mois et demi, et Denis Morin qui est resté trois mois et demi. Nous ne savons pas tout des motifs de départ de Denis Piveteau, sauf qu'ils tiennent à la conception de ce poste aussi discret qu'important. Les textes qui le régissent en témoignent. Souvent, au Ministère, on considère que le Secrétaire est l'équivalent d'un vice-ministre. Nous ne pouvons donc qu'exprimer à Pierre Louis Bras les vœux de réussite que nous avons déjà exprimés lorsqu'il est arrivé au Budget. Ses qualités et sa compétence sont les mêmes, ses responsabilités sont ici beaucoup plus importantes et la période est rude. Bon vent donc au nouveau Secrétaire général !

Signalons aussi la parution cette semaine d'une **étude de l'ATIH⁽²⁹⁾ concernant les dépassements d'honoraires⁽³⁰⁾**.

Bon, utile et gros travail.

L'objet est de présenter pour un acte ou une famille d'actes et une année, les dépassements d'honoraires dans les cliniques privées par territoire de santé ou région ou au niveau national. Les résultats sont calculés

uniquement pour les actes classants et sont présentés dans le cas où ils concernent au moins 2 établissements et au moins 20 séjours ou actes. La requête se fait au moyen d'un formulaire permettant de sélectionner par menus déroulants l'année, le niveau géographique (France, régions, territoires de santé) et le type de code (famille d'actes ou acte). La recherche se poursuit en sélectionnant soit une famille d'actes dans le menu déroulant listant toutes les familles, soit un code acte dans la liste CCAM.

Deux remarques cependant.

- D'une part on regrette que l'ATIH, une fois de plus, n'ait pas un plus grand souci d'accessibilité au plus grand nombre. Qui, à part des spécialistes déjà bien informés, ira consulter la page concernée du site de l'ATIH telle qu'elle est aujourd'hui ?
- D'autre part, comment ne pas constater, une fois de plus, le trouble de la personnalité multiple dont souffre l'Etat sur ce sujet. C'est comme si l'Etat poussait les automobilistes à dépasser la vitesse autorisée sur certaines portions de route, mais installait des radars partout pour savoir qui utilise cette incitation à dépasser la vitesse autorisée et en publiait la liste pour alimenter la vindicte générale... Ainsi va notre monde...

Comment ne pas signaler aussi cette semaine une étude parue dans le **BMJ** et relatant l'**effet coût du suivi de patients atteints de maladies chroniques par les infirmières et des entretiens téléphoniques⁽³¹⁾**. Depuis des années on nous fait croire qu'un meilleur suivi des patients débouchera sur des économies au niveau du système de santé. Toutes choses égales par ailleurs cette étude montre le contraire, ce que le bon sens laissait supposer lui aussi. Ce qui est plus surprenant c'est que ce suivi régulier par infirmière spécialisée a entraîné une augmentation des admissions aux urgences et des consultations hospitalières. Bien sûr il s'agit d'Anglais, bien sûr l'étude a ses limites. Le BMJ publie d'ailleurs un intéressant courrier de lecteur à ce sujet. Il n'empêche, la "science" nous prévient. Il faut bien sûr employer tous les moyens à notre disposition pour mieux suivre nos patients. Mais, le motif, c'est la qualité du service et de ce suivi. Le suivi en lui-même ne génère pas d'économie, au contraire. Si nous voulons plus d'efficacité il faudra plus qu'un meilleur suivi, une meilleure organisation, de meilleures pratiques de prise en charge. C.Q.F.D.⁽³²⁾

(1) Pr Jean-Paul Vernant - Rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la santé et à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche - *Recommandations pour le troisième Plan Cancer* - Juillet 2013 - Diffusé le vendredi 30 août 2013

Cf. mail UNHPC 13/501 du 30 août 2013 ou http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10686-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer-rapport-vernant

(2) Daté de juillet 2013 il a été remis officiellement et rendu public, comme annoncé récemment par la Ministre, le vendredi 30 août sous le titre de "*Recommandations pour le troisième Plan Cancer*". Curieusement le communiqué du Ministère n'est paru que le lundi 2 septembre en milieu d'après-midi.

Cf. : http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiqués/2322/remise-du-rapport-d-evaluation-du-16101.html?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter

Tout aussi curieusement le communiqué présent sur le site du Ministère et concernant le Bilan a changé de titre et s'appelle maintenant lui aussi "Recommandations pour le 3^e plan cancer" alors qu'il s'agit du communiqué du 22 août concernant le "Rapport final sur le bilan du Plan cancer 2009-2013".

Cf. mail UNHPC 13/494 du 23 août 2013 et notre Chronique UNHPC 13/34 du lundi 26 août 2013 ou maintenant <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiqués/2322/publication-du-rapport-final-sur-16090.html>

(3) Cf. Chronique de l'UNHPC 13/8 du lundi 25 février 2013

(4) Cf. chronique de l'UNHPC 13/13 du mardi 2 avril 2013

(5) INCa : Institut national du cancer

(6) DGS : Direction générale de la santé - Ministère de la santé

(7) Selon la presse de cette fin de semaine Jean-Yves Grall quitte la direction de la DGS (Direction générale de la santé du Ministère de la santé) et est nommé Directeur de l'ARS Nord-Pas-de-Calais

(8) Signalons avec humour une des traces de ce manque de connaissance du système et de ses règles non écrites. Dans l'annexe 6, liste des sigles et acronymes, on trouve la FEHAP et UNICANCER. Normal. On ne trouve ni l'UNHPC, ni la FHP. Habituel, nous ne représentons qu'un patient sur deux ! Mais, stupéfiant, on ne trouve pas non plus la FHF ! Voilà qui, assurément, va créer de gros soucis aux rédacteurs du rapport ! On s'étonne aussi de ne pas trouver non plus la FHF mentionnée dans les contributions car on sait qu'il y en a eu une importante, même si elle n'a pas été rendue publique.

Puisque nous sommes sur les annexes, en ce qui nous concerne, nous nous étonnons de l'absence de mention du CNC et regrettons que le Président Couderc soit présenté comme ayant été auditionné à la fois comme représentant du CNC et de l'UNHPC - est le seul à qui on donne une double casquette - alors même qu'il avait pris soin de faire savoir au Pr Vernant qu'il ne pouvait déontologiquement pas apparaître dans la délégation de l'UNHPC puisqu'il était par ailleurs auditionné en tant que Président du CNC. L'amalgame est d'autant moins correct que plusieurs hauts responsables du CNC font partie des groupes de travail organisés pour l'élaboration du rapport (cf. annexe 2 p. 141)

(9) p. 9

(10) p. 15

(11) OMS : Organisation mondiale de la santé

(12) Définition la plus récente : "Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity." 8th WHO Global Conference on Health Promotion - Cf. <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>

Cf. aussi, entre autres, la *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques* - Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être - Tenir compte de la santé améliore l'efficacité de la gouvernance - Une gouvernance plus efficace améliore la santé - 2010 : http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf

ou la plaquette plus ancienne mais fondatrice Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K - Health in All Policies in the European Union and its member states - 2006

(13) Les Centres de coordination en cancérologie (3C) sont des cellules qualité, et non des "structures d'animation territoriale de la prise en charge des patients" comme il est préconisé p. 125. Sans le dire, le rapport change donc complètement leur objet. En droit, les "structures d'animation territoriale de la prise en charge des patients" s'appellent des réseaux de santé...

(14) ARS : Agence régionale de santé

(15) Les réseaux de santé sont systématiquement appelés ici réseaux territoriaux, notion qui est parfois employée par commodité mais qui n'a aucun fondement juridique.

(16) DCC : Dossier communiquant de cancérologie

(17) DMP : Dossier médical personnel

(18) Objectif 2-3-1-a p. 48

(19) DGOS : Direction générale de l'offre de soins

(20) PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

(21) ACP : Anatomie et cytologie pathologiques

(22) Cf. notre plaquette "Réseaux et organisation de la cancérologie" publiée en février 2005 et, entre autres, la présentation des "trois pyramides" pour maîtriser les flux et assurer un égal accès aux soins... (p. 54-55) L'histoire bégaierait-elle ? Pas tout à fait quand même car il manque ici la théorie du "socle" qui consistait à tout faire passer par le socle CHU-CLCC... Mais quand même que de similitudes !

(23) CHU : Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

(24) CLCC : Centre de lutte contre le cancer

(25) DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

(26) Vladimir Ilitch Oulianov, dit Lénine - Lettre aux camarades - Rabotchi Pout n° 40, 41 et 42 parus les 1, 2 et 3 novembre 1917

(27) Faut-il interpréter le très faible écho de ces "recommandations" dans la presse, généraliste comme spécialisée, comme une confirmation du fait que les choses importantes se passent ailleurs. Une fois de plus ce serait sévère pour ceux qui se sont beaucoup dépensés avec le Pr Vernant pour sortir ce rapport dans les délais impartis, mais, compte tenu des faiblesses de ces propositions, cela peut aussi avoir un petit côté rassurant...

(28) Cf. Chronique de l'UNHPC 12/21 du mardi 29 mai 2012

(29) ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

(30) Cf. mail UNHPC 13/499 du mercredi 28 août 2013 ou ATIH - 7- Les dépassements d'honoraires dans les cliniques privées - Date de publication : 26/08/2013 - La méthodologie est présentée à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0004400001FF#ghm> ; les résultats sont consultables directement sur : <http://stats.atih.sante.fr/mco/hono.php>

(31) Cf. mail UNHPC 13/506 du 3 septembre 2013

Adam Steventon, Sarah Tunkel, Ian Blunt, Martin Bardsley - Effect of telephone health coaching (Birmingham OwnHealth) on hospital use and associated costs: cohort study with matched controls - British medical journal - BMJ 2013;347:f4585 doi: 10.1136/bmj.f4585 - Published 6 august 2013

Cf. aussi la présentation faite par le BMJ : Adam Steventon, via Frank Soodeen, Nuffield Trust Press Office - Telephone coaching does not reduce hospital use and related costs - Tuesday, August 6, 2013

et la "Recent rapid responses" publiée sur le site du journal le 13 August 2013

En France, Agora a publié un résumé de l'étude. Cf Maladies chroniques : une expérience de coaching fait exploser les coûts par C. L. B [Avec ticsante.com] le 27-08-2013

(32) CQFD : ce qu'il fallait démontrer