



Sofcot Infos - n°28

Avril 2020



Sommaire

- > [1. Edito](#)
- > [2. DPC: Up Dating](#)
- > [3. Bibliovid](#)
- > [4. Industriels et médecins : stop à la suspicion de collusion](#)
- > [5. INS: le numéro de sécurité sociale revu et corrigé](#)
- > [6. Les données de santé, un trésor mondialement convoité](#)
- > [7. Histoire des hôpitaux publics de 1945 à nos jours](#)
- > [8. Hôpital Les mots du mal-être - analyse du livre de S. Velut](#)
- > [9. Comment écrire un article de recherche](#)
- > [10. Le Billet d'Hervé Maisonneuve - Humour](#)
- > [11. Sondage du CJO](#)
- > [12. Agenda](#)



1. Edito

Chers Confrères,

Nous traversons une crise sanitaire sans précédent. Dans ce contexte exceptionnel chacun saura appliquer ce qui fait le cœur de notre profession : soigner et protéger. Il nous faut utiliser les moyens mis à notre disposition et si nécessaire faire preuve d'initiative.

Le CNP-COT vous remercie d'avoir cessé votre activité chirurgicale et de consultation pour vous mettre au service de la communauté en assurant notamment la traumatologie qui ne peut plus être faite dans les CH puisqu'ils sont eux même débordés par l'afflux de patients Covid 19+.

Il faut impérativement vous protéger et protéger vos familles en appliquant les règles de confinement et de protection générale. Nous devons nous protéger pour nous-mêmes, pour nos proches mais aussi pour nos patients.

Pour compléter les informations dont vous disposez déjà sur le Covid 19, nous s vous transmettons des informations pratiques et des liens (voir ci-dessous le sommaire des deux Lettres spéciales Covid19 du CNP en date du 24 mars et du 06 avril) qui vous apporterons des réponses aux nombreuses questions qui se posent encore : <http://www.sofcot.fr/> (dernières actualités).

Si toutefois cela n'est pas suffisant voici une adresse mail (covid19@sofcot.fr) que vous pouvez utiliser pour poser vos questions auxquelles nous tenterons de répondre dans la mesure de nos compétences et des informations dont nous disposons.

Le CNP est toujours à votre écoute, et publiera une Lettre d'information en fonction de l'évolution de la situation. En attendant, nous vous faisons part de notre solidarité ; nous vous félicitons pour votre investissement à tous niveaux pour accompagner nos collègues en difficulté.

Prenez bien soin de vous.

Philippe TRACOL, Président du CNP-COT
Luc Favard, Président de l'AOT-SOFCOT
Alexandre Poignard, Secrétaire Général du CNP-COT

[Lettre Spéciale du CNP du 24 mars 2020](#) (dernières actualités)

1. Infos Assurances RCP
2. Hygiène hospitalière et moyens de protection
3. Prévoyance, perte d'exploitation et gestion du cabinet
4. Infos Téléconsultation
5. Vols, cambriolages et dégradations
6. Liens utiles

[Lettre Spéciale du CNP du 6 avril 2020](#)(dernières actualités)

PRISE EN CHARGE DES URGENCES

1. Report des cotisations sociales
2. Report de l'impôt sur les sociétés
3. Mesures de chômage partiel
4. Congé garde d'enfants
5. Cotisations et charges diverses
6. Prêts garantis par l'État
7. Aides d'Etat
8. Maladie

[retour au sommaire](#)



2. DPC: Up Dating

La Commission Scientifique Indépendante (CSI) et le comité éthique de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) ont émis les recommandations suivantes :

« Les actions de DPC et une manifestation à caractère scientifique peuvent se dérouler sur un même

lieu géographique, mais :

– la salle utilisée pour la session de DPC doit faire l'objet d'un contrat ou d'une convention spécifique entre l'ODPC et les organisateurs de la manifestation à caractère scientifique

(Ce qui a été fait pour toutes les actions réalisées par votre organisme de DPC [L'ODPC-COT])

– la salle où se déroule l'action de DPC doit être strictement réservée aux professionnels inscrits pour participer à cette action organisée par l'ODPC

– pour suivre une action de DPC organisée dans le cadre d'une manifestation à caractère scientifique, l'inscription à cette manifestation n'est pas obligatoire. Le professionnel de santé se voit remettre des badges distincts permettant un accès différencié à la manifestation à caractère scientifique et aux sessions des actions de DPC ».

Conjointement avec la SOFCOT, l'ODPC-COT a exploré toutes possibilités de répondre à ces injonctions. Utiliser 2 salles pour les conférences d'enseignement l'une où se tiendrait l'orateur avec comme audience les seuls inscrits au DPC avec retransmission dans une salle distincte pour les non-inscrits ; programmer en tout début de congrès ou en toute fin de congrès les conférences ou autres actions éligibles au DPC pour laisser y participer les non-inscrits au congrès mais qui voudraient faire leur action de DPC, et dupliquer cette même conférence ou autres actions lors des sessions habituelles du congrès...

1° Aucune de ces solutions n'étant ni réaliste ni réalisable, il a été décidé conjointement par l'ODPC-COT et la SOFCOT que les actions éligibles au DPC lors du congrès annuel de la SOFCOT seraient filmées puis proposées secondairement en e-learning selon les modalités d'une action de DPC c'est-à-dire avec un pré requis et une évaluation après visionnage du e-learning comme cela est déjà fait pour des e-learning déjà mis en place et que beaucoup d'entre vous ont déjà expérimentés.

Pour le congrès de Novembre 2020 ces modalités de réalisation du DPC seront effectives à l'exception d'une action du GETRAUM déjà engagée et qui sera maintenue.

2° Une deuxième décision a été prise concernant ce qui était au départ le e-congrès de Printemps de la SOFCOT et qui est devenu e-formation de la SOFCOT.

Cette e-formation sera entièrement dédiée au DPC. Seuls pourront donc y participer ceux qui s'inscriront à ou aux action(s) qui les intéressent qu'ils soient libéraux ou salariés.

Nous espérons que vous comprendrez que nous n'avons pas d'autres choix et nous en sommes désolés tout autant que vous.

Des actions de DPC en e-learning sont déjà à votre disposition en ligne. Un moyen peut être pour ceux qui ne sont pas engagés dans la lutte contre le Covid 19 d'occuper votre confinement.

Nous en profitons pour saluer ceux qui sont en première ligne contre cette épidémie et adresser aux autres notre souhait que vous vous retrouviez le plus vite possible à prendre en charge tous les patients qui vous attendent.

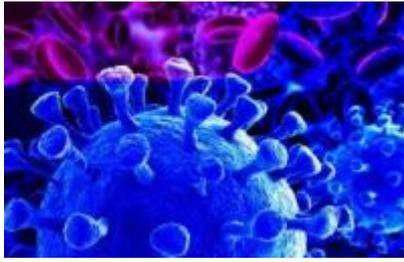
Prenez bien soin de vous.

Gérard Bollini, Président de l'ODPC-COT

[retour au sommaire](#)



3. Bibliovid



Vous trouverez sur le site bibliovid.org les derniers articles scientifiques publiés sur le COVID-19 et analysés par une équipe de veille bibliographique constituée de médecins grenoblois et marseillais. L'objectif est d'assurer un recueil exhaustif des articles pertinents, de proposer une synthèse claire de chaque article et une analyse critique de son niveau de preuve, devant la multitude et la grande hétérogénéité des publications sur le sujet.

Ainsi, ce travail doit permettre d'avoir les idées plus claires pour prendre les meilleures décisions dans l'intérêt des patients.

C'est à ce jour la plus vaste veille bibliographique réalisée en langue française. Elle est déjà quotidiennement utilisée en Suisse et au Canada et relayée par la Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique.

- Coordonnateur de la veille bibliographique : Dr Alexandre Bellier (AHU Santé Publique CHU Grenoble)
- Membres de l'équipe de veille : A. Barbe, T. Tiffet, A. Busi, F. Trecourt, C. Pierobon, S. Cadiou (internes Santé Publique)
- Coordinatrice clinique : Jessica Richoux (interne DES Pneumologie, Aix Marseille Université)

Réalisation : UGA (Université Grenoble Alpes)

[retour au sommaire](#)



4. Industriels et médecins : stop à la suspicion de collusion

06/02/2020 Le Point.fr

Par Guy Vallancien (*membre de l'Académie de médecine et président de Cham*)

Le puritanisme ambiant jette l'opprobre sans discernement sur la moindre tentative de collaboration honnête entre industriels et médecins.

Les relations entre médecins et industriels de la santé, notamment les compagnies pharmaceutiques, connaissent des excès coupables en ce que les seconds gratifient parfois les premiers de cadeaux disproportionnés ou financèrent d'une façon abusive leur participation à des protocoles bidon ou à des séminaires plus distrayants que laborieux. Il fallut donc réagir et remettre de l'ordre en empêchant une telle collusion déguisée. Mais, aujourd'hui, retour de flamme attendu, le puritanisme ambiant jette l'opprobre sans discernement sur la moindre tentative de collaboration honnête entre industriels et médecins. La Haute Autorité de santé en subit elle-même le contrecoup, déplorant la quasi-impossibilité de nommer des experts qui connaissent leur sujet, dans la mesure où ceux qui pourraient l'informer au mieux ont la plupart du temps des relations de travail régulières avec les industriels. On nomme donc des « experts » qui n'en sont pas !

Autre symptôme : l'association des internes en médecine générale est récemment montée au créneau, en chevalier blanc, contre toute participation financière d'un laboratoire pharmaceutique ou d'un constructeur de matériels médicaux à la formation des carabins. Faut-il rappeler ce qu'écrivait Charles Péguy : « [Kant a les mains propres, mais il n'a pas de mains](#) » à propos des impératifs catégoriques. L'industrie médicale serait-elle une pestiférée à enfermer dans un lazaret ? Alors, arrêtons immédiatement d'avaloir des médicaments et d'utiliser des pompes à insuline connectées ! Cet ostracisme anti-industrie alimenté par des officines anticapitalistes s'avère être un non-sens porté par une vision binaire de la société divisée entre les cœurs purs et les êtres malfaisants, schéma à haut risque de totalitarisme altermondialiste conduisant tout droit à l'arrêt du moindre progrès technologique. Sans collaboration entre les développeurs de produits de santé et les cliniciens, point de progrès médicaux. Les associations des jeunes chirurgiens l'ont bien compris en acceptant les principes d'une saine collaboration. Sans la participation de mes confrères à des projets de recherche, à des mises au point de médicaments ou de dispositifs médicaux, nous assécherons rapidement notre capacité inventive et serons dominés par des produits venus de pays où les règles ne sont pas établies à partir d'a priori purement dogmatiques, mais sur des données pragmatiques de bon sens.

Freiner le progrès médical en stérilisant les partages d'expériences

La récente bourde de l'administration dans sa rédaction d'une charte visant à clarifier les rapports entre vendeurs et utilisateurs est significative de l'ambiance délétère actuelle qui ne présage rien de bon pour la MedTech française. Comment une sous-direction quelconque a-t-elle pu rédiger un texte qui limite le contact entre industriels et utilisateurs à deux réunions par an ? J'ai passé ma vie à mettre au point des matériels chirurgicaux avec des firmes françaises et étrangères sans avoir vendu mon âme ni ouvert un compte bancaire offshore aux soi-disant méchants industriels qui créent, paraît-il, des maladies pour vendre leurs poisons et autres instruments de torture. J'ai fait venir au bloc opératoire, parfois pendant des semaines, des ingénieurs et des techniciens avec lesquels nous avons travaillé main dans la main à la création d'instruments innovants pour rendre l'acte chirurgical moins invasif. Pire, s'emporteront les ignares toujours prêts à dénoncer de faux coupables, j'ai accueilli au cours d'interventions chirurgicales des techniciens qui m'ont littéralement mis en main leurs produits pour bien m'en servir. Vouloir appliquer les mêmes règles aux dispositifs médicaux que celles imposées à l'industrie pharmaceutique est absurde. Une telle attitude traduit la nocivité de certaines administrations à vouloir réguler le monde sans même chercher à le comprendre ni à le vivre. Ceux qui ont rédigé ce brouillon de charte édité par le Comité économique des produits de santé (CEPS) ont-ils mis une seule fois les pieds dans un bloc opératoire ou dans une salle de radiologie interventionnelle ?

Peut-on revenir à la raison en proposant que les industriels accèdent aux utilisateurs sans restriction, tout en prévoyant de lourdes amendes pour les compagnies et une radiation temporaire ou définitive d'exercer si un chirurgien ou un médecin interventionnel dérogeait en demandant des moyens financiers hors de proportion avec le travail effectué ou en utilisant des sociétés écrans. Faire d'abord confiance, mais, en cas d'abus caractérisé, cogner fort sur les déviants, voilà une vraie politique. En revanche, vouloir geler a priori les échanges entre créateurs et utilisateurs serait le meilleur moyen de freiner le progrès médical en stérilisant les partages d'expériences.

Il est hautement souhaitable que les Français, à commencer par nos administrations publiques, daignent regarder leur industrie médicale autrement qu'au seul travers de ses errements passés. La Pharmacie et la Medtech sont porteuses de progrès, donc d'avenir économique, et notamment d'emplois très qualifiés. Comment oserions-nous refuser ces bienfaits au nom de la seule suspicion de corruption ? Il est temps que notre rapport à l'argent change. Il est urgent que nos industriels puissent participer beaucoup plus activement aux recherches hospitalo-universitaires dans cette [France](#) fracturée au sein d'une [Europe](#) frileuse qui se fait distancer. N'oublions jamais cette évidence : ce sont,

dans les pays créateurs des produits médicaux de l'avenir, que les malades profitent en premiers des innovations. À bon entendeur, salut !

[retour au sommaire](#)



5. INS: le numéro de sécurité sociale revu et corrigé

À compter du 01/01/2021, tous les documents informatiques médicaux, de soins, de prévention, de suivi médico-social devront être référencés avec **l'INS: l'Identifiant National de Santé**.

Le but d'introduire cet identifiant unique est de permettre l'interaction entre les différents systèmes informatiques, publics comme privés, en garantissant l'identité de l'individu à qui appartiennent les données. C'est un impératif du plan Santé, avec la constitution du « Health Data Hub », vaste système qui permettra une analyse « big data » à partir des données réparties dans les très nombreux systèmes existant en France.

Chaque individu français est répertorié dès sa naissance par son NIR (Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques, le RNIPP).

Tout le monde connaît ce numéro à 13 chiffres (plus 2 pour la clé de vérification), c'est le « numéro de sécurité sociale ».

Le NIR est attribué dans les jours qui suivent la naissance. Il correspond à une et une seule personne. Quand il ne peut pas être attribué (quelle que soit la cause), l'individu se voit attribuer un NIA (Numéro Identifiant d'Attente).

Ce NIR peut être utilisé par différentes administrations, travail, fisc, mais aussi, pour ce qui nous concerne, la sécurité sociale, principalement pour gérer les remboursements.

Cependant, si le NIR permet de rembourser les frais de l'individu concerné, il permet aussi de rembourser les frais de ses ayants droit. Il n'est donc pas utilisé de façon unique.

Par ailleurs, avec la prolifération des fraudes, y compris à la carte Vitale, se baser uniquement sur le NIR n'est pas assez sécurisé pour déterminer un individu unique. Les doublons sont aussi relativement fréquents.

C'est donc pour fiabiliser le référencement médical que l'INS a été créé.

Il est constitué du NIR, tel qu'on le connaît déjà, auquel on ajoute un OID (*Object Identifier* : numéro de référence de l'autorité d'affectation de l'INS). Rassurez-vous, cet OID reste « informatique » et n'apparaît jamais sur les écrans de travail.

À ce point, on peut se poser la question: quelle différence avec le numéro de sécu ?

C'est là qu'intervient la notion d'identito-vigilance, politique qui doit être définie dans chaque structure (hôpital, clinique, cabinet médical).

Pour référencer des données de santé, on a donc besoin de l'INS, mais aussi des traits d'identité d'état civil **qualifiés** de l'individu.

Ces traits sont :

- Le nom de naissance,
- Un des prénoms,
- La date de naissance
- Le sexe.

Les 4 sont obligatoires. Il en existe de facultatifs (mais qui peuvent aider à clarifier en cas de litige):

- Les autres prénoms,
- Le lieu de naissance.

Ces traits doivent être qualifiés. Pour cela, ils doivent répondre à deux critères:

- Provenir des bases nationales de référence ou être vérifiés par rapport à ces bases, en utilisant le téléservice INSi (Identifiant National de Santé intégré) qui est mis en œuvre par la CNAM.

- Être associés à l'identité de l'utilisateur **uniquement** si cette identité a été **vérifiée** conformément aux procédures d'identito-vigilance prévues par le professionnel.

Les systèmes informatiques doivent donc être mis à jour pour pouvoir interroger le système INSi de la CNAM, qui retourne les traits d'identité, à partir des bases nationales de référence.

Cela permet, par exemple, de détecter les fausses cartes Vitale, qui peuvent contenir un NIR ne correspondant pas au nom mentionné sur la carte.

Une fois les traits retournés par le système, c'est à la structure (ou au praticien) de vérifier, selon sa politique d'identito-vigilance, que ces traits sont conformes, par exemple, à la pièce d'identité du patient.

Les modalités (moyens d'identification utilisés, équipes responsables de l'identification, délai à compter duquel une nouvelle vérification est nécessaire, etc...) de vérification de l'identité sont à définir par l'acteur de santé dans ses procédures d'identito-vigilance internes, sachant que celui-ci est responsable de la bonne association entre l'identité de l'utilisateur d'une part et l'INS et les traits d'identité qualifiés d'autre part.

L'INS devient alors la référence unique qui permet de s'assurer que des données de santé, provenant de systèmes disparates, correspondent effectivement à un et un seul individu.

Références :

- [Décret n° 2019-1036 du 8 octobre 2019 modifiant le décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé et les articles R. 11](#)
- Pour plus d'infos (techniques) : [PowerPoint comprendre l'INS](#)



6. Les données de santé, un trésor mondialement convoité

Par [Laure Belot](#) Le Monde 02 mars 2020

Décryptages : Ces données, transcendées par l'intelligence artificielle, vont façonner la médecine de demain. Comment sont-elles protégées, partagées, monnayées ? Quelle place pour la France face aux géants du numérique ?

Nous sommes tous concernés mais le phénomène est tellement discret qu'il est difficile d'en prendre la pleine mesure. La planète est devenue, en quelques années, une gigantesque chambre d'enregistrement où une multitude d'informations relatives à notre santé, que nous soyons malade ou bien portant, sont stockées et potentiellement analysées par des algorithmes dont la puissance et l'intelligence ne cessent de croître.

Selon l'article « Sizing up big data » (« dimensionner les données massives ») publié dans *Nature Medecine* de janvier, ces données de santé représentent un volume en croissance exponentielle, qui a plus que décuplé depuis 2013 : il s'agit tout autant de renseignements médicaux classiques – provenant de médecins, d'hôpitaux et de laboratoires... – que d'indicateurs captés dans la vie réelle, hors circuit médical – tels le rythme cardiaque mesuré par une montre, l'indice de masse corporelle calculé par une balance connectée ou le nombre de pas enregistrés par une application smartphone... Certaines de ces informations sont d'ailleurs captées sans que nous en ayons pleinement conscience.

« *Le domaine du suivi de la santé, au-delà même de la maladie, explose littéralement, constate le médecin et biologiste Pierre Corvol, président de l'Académie des sciences. On voit se développer dans la société un désir de rester en forme pour profiter de la vie ou se conformer à l'image idéale de quelqu'un de performant. Cela a induit ces dernières années une activité commerciale phénoménale qui repose sur l'accessibilité des données massives de santé et de bien-être et leur traitement par des algorithmes d'intelligence artificielle [IA].* »

A partir de 1947, une étude épidémiologique pionnière, lancée par l'école de santé publique d'Harvard, a suivi des milliers d'habitants de la ville américaine de Framingham (Massachusetts) : tension artérielle, cholestérol, tabagisme... avaient alors été mesurés régulièrement pour appréhender le risque cardiovasculaire devenu à l'époque la première cause de mortalité au monde. « *Nous avons alors des hypothèses scientifiques et des objectifs médicaux pour une étude dont la connaissance bénéficierait à tous* », explique Pierre Corvol. La « cohorte de Framingham » existe toujours, mais « *nous sommes passés dans un autre monde* », constate-t-il.



Examen par CT-scan et numérisation des données d'un patient à Bron, en 2014. PHILIPPE MERLE / AFP

Un demi-siècle plus tard, sur une planète de plus en plus connectée, les acteurs traditionnels de la santé – infirmiers, médecins, hôpitaux, laboratoires – continuent à produire et à analyser des données médicales, désormais numérisées, à des fins de soins et de recherche, pour faire avancer la connaissance scientifique mondiale.

Mais une multitude de nouveaux acteurs économiques, industriels ou de services, start-up ou grands groupes, s'intéressent à ces données et y voient, dans un monde vieillissant et de plus en plus peuplé, des débouchés commerciaux prometteurs. Avec notamment une percée très remarquable d'Amazon et de Google, dont les capacités informatiques et la puissance financière sont hors du commun.



Une montre connectée Apple.

Des données enregistrées dès la naissance et désormais captées tout au long de la vie par de multiples canaux

Des « données de santé » de plusieurs types :

■ médicales ■ de vie réelle

Dès la naissance :

- Poids
- Taille
- Compte rendu médical



A l'occasion d'une visite dans un lieu de soin (hôpital, médecin, laboratoire...) :

- Prescription médicale
- Radio
- Echographie
- Analyse de sang
- Certificat de décès



En allant à la pharmacie :

- Médicaments inscrits sur la carte Vitale
- Ticket de caisse de la pharmacie



En utilisant des objets connectés :

- Poids (balance connectée)
- Rythme cardiaque (montre connectée)



Dans notre vie en ligne :

- Mots-clés tel « dépression » utilisé dans un moteur
- Conversations enregistrées par un assistant personnel
- Echange sur une messagerie instantanée



Les données de santé se retrouvent même dans la rubrique des faits divers, comme en novembre 2019, lorsque [le CHU de Rouen a été victime d'une cyberattaque](#) quelques semaines après les hôpitaux d'Issoudun (Indre), Delafontaine à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), de Condrieu (Rhône) et les 120 établissements du groupe Ramsay-Générale de santé.

« Le potentiel de ces données est énorme et suscite les convoitises, commente la juriste Hélène Guimiot-Bréaud, chef du service de la santé à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). La médecine de demain ne sera pas basée uniquement sur de nouvelles molécules mais aussi sur une personnalisation des traitements rendue possible par toutes les informations détenues sur les personnes. »

Cette transformation accélérée du paysage de la santé, des Etats-Unis à la Chine, qui investit massivement dans l'intelligence artificielle, suscite désormais un débat dans les instances scientifiques internationales. *« L'usage de l'IA avec en corollaire la collecte des données est désormais un sujet suffisamment fort et évolutif pour nécessiter des mises au point régulières entre les différentes académies des sciences du G7 »,* explique Pierre Corvol.

Une réunion d'approfondissement « IA et santé » a été organisée en septembre 2019 à Ottawa après le G7 sciences en France. Les académies des sciences devraient continuer leur réflexion sur ce sujet lors d'une réunion en mars à Washington. Cinq questions pour faire le point...

1. Qu'entend-on par « données de santé » ?

Depuis sa naissance, une personne génère des « données de santé », souvent à son insu. Cela commence par son poids et sa taille de nourrisson, les remarques écrites par la sage-femme, un cliché annoté par un radiologue... Des chiffres, des textes, des images.

Cette production d'information continue au cours de la vie, qu'un adulte utilise sa carte Vitale à la pharmacie, reçoive le compte rendu d'un médecin, fasse une échographie. Même à sa mort, un certificat de décès renseigné par un médecin est produit. Ces chiffres, textes et images sont désormais la nourriture des algorithmes d'IA, programmes informatiques qui cherchent à donner un sens à ces informations massives et disparates.

Les arrivées du Web, du smartphone, des réseaux sociaux et des objets connectés – montres, balances, assistants personnels... il y a une trentaine, quinzaine et dizaine d'années – continuent à apporter plus de chiffres, de textes, d'images et même de sons, dont certains peuvent être en lien avec notre état de santé ou de bien-être. Comme des recherches sur une pathologie faites sur un moteur de recherche, une discussion sur une maladie avec un ami sur WhatsApp, une conversation intime à domicile captée par un assistant personnel...

Pour englober ces usages hétéroclites et cette aspiration récente d'informations personnelles tous azimuts, la définition d'une « donnée de santé » choisie par le [Règlement général de protection des données européen](#) (RGPD), en application depuis mai 2018, « est très large », rappelle Hélène Guimiot-Bréaud.

Une donnée de santé peut ainsi l'être classiquement « *par nature* » (si elle est issue du corps médical) mais aussi « *par croisement* » : des achats réguliers de « junk food » et un nombre très faible de pas réalisés par jour sont des informations indépendantes qui, croisées informatiquement, peuvent donner une indication sur un état de santé.

Des données de vie réelle captées par de plus en plus d'objets connectés

Evolution du marché des objets connectés de santé, en milliards de dollars



*Prévisions IDC

Des capteurs de plus en plus divers



Montre connectée
(Apple Watch, Fitbit...)



Balance connectée
(Withings -Nokia, Xiaomi, Huawei...)



Tee-shirt connecté
prototype à l'étude pour les malades atteints de lombalgie chronique (recherche ComPaRe - APHP, Limsi)

... utilisées désormais pour réduire le coût de la recherche clinique

Aux Etats-Unis, en 2017, un laboratoire a accéléré un essai clinique de phase 3 (avant l'autorisation de mise sur le marché) en oncologie par une nouvelle approche de test

Méthode classique :



50 personnes
Groupe bénéficiant de la nouvelle molécule



50 personnes
Groupe témoin (ne bénéficiant pas de la nouvelle molécule)

Nouvelle méthode :



Groupe remplacé par des données de santé dites de « vie réelle »

approuvée par la FDA
(Agence américaine du médicament) en 2018



Source : IDC • Infographie Le Monde

... et monitorées, partout dans le monde, par des services commercialisés hors pratique de la médecine



- âge
- masse pondérale...

Aux **Etats-Unis** : à partir d'un **selfie**, Chronos, logiciel d'**analyse faciale projetant le vieillissement** peut être utilisé par une assurance pour calculer une **prime d'assurance-décès**.



- PH urinaire
- débit urinaire

Au **Japon** : Symax Inc propose aux entreprises une **analyse des urines** en continu des salariés volontaires par un capteur dans les toilettes.



- risque de burn-out
- anxiété

Au **Canada** : une intelligence artificielle conçue par la start-up Animo propose d'**analyser les écrits des salariés** volontaires (mails, messagerie instantanée) **pour évaluer leur santé mentale**.



- alimentation
- mode de vie
- état de santé

En **France** : à l'aide d'un **diagnostic en ligne**, les **salariés** volontaires du programme Vitality (Generali) **cumulent des points** et obtiennent des réductions et remises **si leur bien-être s'améliore**.

Source : IDC • Infographie Le Monde

Le RGPD inclut également les données dites « *par destination* » tel un simple selfie, qui n'est pas directement lié à l'état de santé mais qui peut être utilisé aux Etats-Unis, par exemple, par une société d'assurances pour estimer, à l'aide d'un logiciel d'analyse faciale projetant le vieillissement, une prime d'assurance-décès.

2. Comment ces données sont-elles protégées en France ?

Une multitude de pratiques autour des données de santé – échange contre service ou argent par exemple – existant aux Etats-Unis ou dans certains pays asiatiques ne seraient pas autorisées en France, où l'arsenal législatif est plus contraignant. Dans le droit français, les données de santé, considérées comme la continuité du corps tel le sang, ne peuvent ni être cédées, ni être vendues. Le RGPD renforce encore leur encadrement.

« Comme les origines ethniques ou les opinions politiques, les données de santé sont dites “sensibles” et leur traitement, par principe, est interdit, sauf exception des situations qui peuvent être spécifiques à chaque pays », indique Hélène Guimiot-Bréaud. Ainsi, en France, le législateur a décidé *« que les traitements ayant une finalité d'intérêt public, notamment à des fins de recherche, peuvent utiliser des données de santé après autorisation de la CNIL. »*

Autre exception possible, une entreprise peut les utiliser si elle a reçu le consentement *« libre, éclairé, spécifique et univoque »* d'un usager. *« Il faut cependant que la demande ait été très claire, précise la juriste. Certaines start-up numériques nous disent que ce consentement est implicite dans les conditions générales d'utilisation, souvent illisibles d'ailleurs, qu'ils font signer à leurs utilisateurs. Ce n'est pas conforme au RGPD. »*

Les recours en cas d'abus sont possibles. Si un citoyen a donné son accord pour l'utilisation de ses données de santé dans des conditions précises, il peut saisir la CNIL *« si ces conditions changent sans qu'il en ait été informé »*, détaille M^{me} Guimiot-Bréaud.

Aux Etats-Unis, le rachat en juillet 2019 et par l'assureur UnitedHealth – un repreneur chinois était aussi sur les rangs – de la communauté « PatientsLikeMe », créée par la famille d'un malade et rassemblant les données volontairement partagées par 750 000 autres malades voulant faire avancer la recherche, a créé un fort émoi. Le RGPD étant extraterritorial, la CNIL pourrait potentiellement être saisie par tout Français de cette communauté. *« Nous n'avons cependant pas reçu de demandes en ce sens, précise la juriste. Peut-être parce que peu de citoyens sont au courant de cette possible démarche. »*

3. Qu'est-ce que leur analyse va changer pour notre santé ?

La façon dont nous nous soignons va être bouleversée. La médecine dite « curative », approche qui a contribué à un allongement de la durée de vie d'une trentaine d'années depuis le début du XX^e siècle en Europe, va se juxtaposer à une médecine préventive et de plus en plus personnalisée. Cela, à l'aide des textes, images, chiffres relatifs à des historiques de vie et de soins qui vont « entraîner » des algorithmes d'IA pour aider au diagnostic et même traiter des patients.

« Dès aujourd'hui, l'IA fait beaucoup mieux que des médecins, y compris spécialistes, pour analyser les images de la peau, de l'œil, des images radio, etc. », atteste le professeur Philippe Ravaud, qui dirige le laboratoire CRESS d'épidémiologie et de statistiques (Inserm, Hôtel Dieu, Paris).

Les résultats s'accroissent. En 2017, une IA a fait aussi bien que des dermatologues pour détecter des cancers de la peau. En 2018, l'agence américaine du médicament (FDA) a accepté pour la première fois

qu'une IA pose un diagnostic de rétinopathie diabétique, grave affection de l'œil, sans supervision par un médecin.

« On va pouvoir identifier de manière plus précise les rechutes de malades chroniques avant leurs manifestations classiques »

En France, depuis février 2019, six cliniques utilisent – et dix testent – le logiciel d'IA de la start-up TheraPanacea pour identifier les organes à risque – autour d'une tumeur par exemple – à ne pas irradier lors d'une radiothérapie. « Une validation d'un médecin est toujours nécessaire, mais cet algorithme est certifié classe D, pour dispositif médical de traitement car, mal utilisé ou mal interprété, il peut avoir un impact sur la vie du patient », explique le chercheur Nikos Paragios, fondateur de la start-up, dont un des actionnaires est l'institut Gustave-Roussy, grand centre de la région parisienne spécialisé dans le traitement du cancer.

« L'espoir est de créer un système nationalement plus équitable où tout patient puisse être soigné à l'identique, même si un médecin dans une petite ville n'a pas la même expertise que dans un centre spécialisé de pointe », indique cet ancien directeur de laboratoire en IA appliquée à la santé, à Centrale Paris.

D'autres promesses de l'IA se précisent. « On va pouvoir identifier de manière plus précise les rechutes de malades chroniques avant leurs manifestations classiques », affirme Philippe Ravaud. Il sera aussi possible « d'accompagner en temps réel des patients – avec le "Just-in-Time Adaptive Intervention (JITAI)" – afin de modifier des comportements à risque et adapter par exemple le traitement par insuline de personnes diabétiques ou l'alimentation d'un malade pour modifier son microbiote ».

Déjà, en Allemagne, poursuit-il, « l'utilisation des robots conversationnels (chatbots), outils de psychothérapie basés sur de l'IA est remboursée par la Sécurité sociale ». Pour accélérer la recherche sur les maladies chroniques, cet épidémiologiste a lancé la communauté [ComPaRe](#), où 36 000 patients volontaires partagent, pour la recherche publique, leurs données de « vie réelle » non collectées par des médecins. « La prochaine étape est de relier ces données avec des données hospitalières et d'autres, médico-administratives. »

4. Qui d'autre que le corps médical s'y intéresse ?

Une multitude d'acteurs économiques, nouveaux ou plus traditionnels, se positionnent, avec un appétit grandissant sur ce que l'on peut désormais appeler le « marché des données de santé », que celles-ci soient issues de la vie réelle ou plus classiquement de protocole de recherche clinique.

De petites sociétés numériques proposent des applications qui captent des données moyennant des services pour mieux dormir, gérer son poids, suivre son cycle d'ovulation... « Ces acteurs nouveaux surfent sur le marché du bien-être, moins contrôlé par la législation européenne que celui de la santé, alors qu'une grande partie des promesses annoncées ne sont pas prouvées scientifiquement », regrette Pierre Corvol, président de l'Académie des sciences.

Des communautés privées de patients se développent, telle Carenity, qui rassemble « 500 000 malades et aidants dans le monde, dont 150 000 en France », annonce son dirigeant Michael Chekroun. Le service de réseau social pour les patients, accessible par une application en cinq langues, est gratuit et l'entreprise « vend des enquêtes faites auprès de membres volontaires sur des questions posées par des laboratoires pharmaceutiques, de fabricants de dispositifs médicaux et d'organismes de recherche, à partir de résultats anonymes et agrégés », précise l'entrepreneur.

Désormais également, des associations de malades développent des services auprès d'industriels ou de laboratoires pour proposer des prestations de recueil de données de membres volontaires.

Pour débusquer les données les plus fiables dans ces sources multiples, des intermédiaires appelés « CRO » (pour « Clinical Research Organisation ») travaillent pour le compte de clients multiples, tout autant « *des laboratoires que des fabricants de pacemakers ou de balances connectées* », énumère Sébastien Marque, responsable des données de vie réelle de IQVIA. Cette société a par exemple constitué « *un Entrepôt propre de données de santé (EDS) qui s'enrichit, chaque semaine, des informations issues des tickets de caisse d'environ 40 % des pharmacies en France* ».

De plus en plus de patients partagent volontairement leurs données

Nombre de membres par communauté pour aider la recherche :

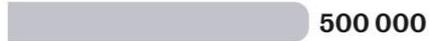
PatientsLikeMe

(racheté par un assureur)



Carenyty

(start-up)



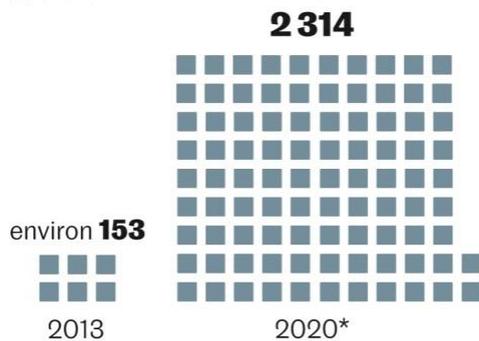
ComPaRe

(recherche publique)

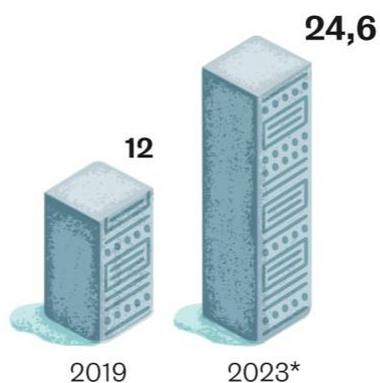


Un stockage des données de santé qui explose

Evolution de la quantité produite dans le monde, en exaoctets



Evolution du marché des services de cloud santé dans le monde, en milliards de dollars



Cette quête – que l’on retrouve dans le monde entier – des données de santé bien renseignées a une finalité économique simple : entraîner des logiciels d’IA avec le maximum d’informations sur des citoyens (malades ou bien portants) afin d’arriver, avant les autres concurrents, à proposer services ou produits inédits

Aux Etats-Unis, « *un grand laboratoire a tenté, en 2017, d’utiliser des données de vie réelle pour remplacer le groupe témoin dans un essai clinique de phase 3 [juste avant l’autorisation de mise sur le marché] en oncologie. Le médicament, qui a connu un développement accéléré et moins coûteux, a été approuvé par la FDA en 2018. Depuis, tous les autres laboratoires pharmaceutiques s’y mettent* », constate Robert Chu, cofondateur de la start-up Embleema.

Cette nouvelle plate-forme propose aux citoyens de mettre à disposition de chercheurs leurs données médicales et de vie réelle moyennant rémunération (uniquement pour les Etats-Unis). Le tout en utilisant une nouvelle solution numérique, la blockchain, « *technologie décentralisée permettant un partage sécurisé et vérifiable* », affirme le cofondateur.

De nouveaux partenariats se nouent, [tel celui des laboratoires pharmaceutiques Novartis, Otsuka, Pfizer, Sanofi avec Verily, filiale de Google](#), en mai 2019 pour avoir accès à des plates-formes de données de santé provenant de sources multiples afin d’accélérer leur recherche clinique et codévelopper des outils. « *Les grands laboratoires cherchent à adopter une approche “beyond the pill” (au-delà de la pilule), constate le professeur Philippe Ravaud. C’est-à-dire ne plus vendre seulement des médicaments mais proposer des solutions et outils de prévention, de soins et d’après-traitement.* »

« Les GAFAM ne peuvent pas générer de la donnée profonde de santé comme un CHU, mais ils négocient massivement pour en acquérir »

Au cœur de cette course, les GAFAM (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft) se développent à une vitesse sidérante. Ces entreprises proposent tout d’abord des services de cloud pour héberger ces données qui prennent de plus en plus de place – comme Microsoft, qui héberge les données de la plate-forme française Health Data Hub.

Elles développent et achètent aussi des applications ou objets connectés captant des données – telle l’Apple Watch ou [l’application Fitbit, rachetée par Google](#) 2,1 milliards de dollars (1,88 milliard d’euros) en novembre 2019 à la barbe de Facebook. Mais elles cherchent aussi désormais à se positionner sur la production de connaissances scientifiques. Telle la publication, dans *Nature* du 1^{er} janvier, de l’étude très remarquée sur la lecture très efficace d’une mammographie par une IA pour dépister des cancers du sein ([International evaluation of an AI system for breast cancer screening](#)). Une étude signée par vingt et un chercheurs du groupe Alphabet-Google (Google Health, DeepMind, Verily) et dix chercheurs de sept centres de recherche d’imagerie et d’hôpitaux spécialisés sur le cancer américains et britanniques (de Stanford à l’Imperial College, de Northwestern Medicine à Cambridge).

A quelle fin ? Le professeur Philippe Ravaud, également professeur associé à l’université Columbia (Etats-Unis), voit bien ces géants se développer sur les outils « *de diagnostic, de pronostic et même de prise en charge des malades sans que ce soient forcément des médicaments* ». Il poursuit : « *Les Gafam ne peuvent pas générer de la donnée profonde de santé comme un CHU, mais ils négocient massivement pour en acquérir. Ils ont de l’argent, de la matière grise et une capacité à investir quelle que soit la prise de risque. Sur vingt projets, peut-être qu’un seul marchera, mais il suffira à financer tout le reste.* »

5. Quels sont les points d'ombre en France ?

Pour espérer obtenir des résultats fiables avec des algorithmes d'IA, « *il faut beaucoup de données pour éviter les biais statistiques et pouvoir déceler des effets subtils* », explique la chercheuse Camille Maumet, de l'Inria Rennes, qui met au point des méthodes pour comprendre, par exemple, sur des images cérébrales ce qui se passe avant que les stigmates d'une maladie de type Alzheimer n'apparaissent.

Les équipes avec lesquelles Camille Maumet collabore utilisent des données « *de très grande qualité issues de la base UK Biobank, qui a presque 50 000 images de cerveaux renseignées, ce qui est inégalé ailleurs* », précise-t-elle. UK Biobank, lancée en 2005 par l'épidémiologiste Sir Rory Collins pour suivre sur trente ans les données de santé (génétiques, biologiques, d'imagerie...) de 500 000 citoyens britanniques de 40 à 69 ans, est devenue une référence mondiale de la recherche.

Le chantier est immense. Pour l'instant seules les données médico-administratives sont rassemblées dans un fichier unique

C'est là que le bât blesse en France. « *Nous ne sommes pas en avance* », reconnaît Stéphanie Combes, responsable depuis deux ans du Health Data Hub, projet très ambitieux qui veut créer une plate-forme pour la recherche avec « *un catalogue des bases de données les plus prometteuses en France* ». Le chantier est immense.

Pour l'instant, seules les données médico-administratives (SNDS : Système National des Données de Santé) – registres de l'Assurance-maladie, inscriptions hospitalières... – sont rassemblées dans un fichier unique. Les données de soins, elles, sont dispersées dans une multitude de lieux (CHU, laboratoires de ville, centres de recherche, sociétés savantes...) et sous de multiples formats informatiques.

« *Les pouvoirs publics ont laissé, au début des années 2000, le système de soins français s'informatiser de façon indépendante et il ne s'est pas construit de façon harmonieuse* », analyse Dominique Pon, directeur général de la clinique Pasteur de Toulouse, qui a été nommé fin 2018 responsable de la transformation numérique en santé par l'ancienne ministre, Agnès Buzyn. Le même scénario se reproduit pour la constitution actuelle des EDS (Entrepôts de Données de Santé) sur le territoire. « *Les différents CHU s'organisent comme ils le veulent, et ce n'est pas coordonné* », note Stéphanie Combes. Difficile, dans ces conditions, que toutes les données puissent « se parler » informatiquement.



Echantillons de sang en cours de traitement pour stockage à la UK Biobank. Tous les échantillons sont codés de manière anonyme et le robot dans le congélateur peut les sélectionner en fonction de leur identifiant anonyme. TIM AINSWORTH / UK BIOBANK

L'autre frein à la création de cette plate-forme n'est pas technique. Les CHU, par exemple, n'ont plus un représentant unique dans le projet. « *La Fédération hospitalière de France [qui représente l'ensemble des CHU] ne nous a pas apporté pour l'instant de réponse concrète sur ce qu'on pouvait faire ensemble. Je rencontre actuellement des CHU et un groupe de travail va être lancé en mars* », explique la responsable du Health Data Hub.

En cause ? « *Le partage de la valeur créée et de la propriété intellectuelle liées à la mise à disposition de ces données, répond Stéphanie Combes. Certains CHU ou centres de recherche veulent que chaque société privée qui va accéder aux données contractualise avec eux et se mette d'accord sur un partage de la valeur créée. Nous pensons de notre côté qu'un retour sur investissement pour l'effort de la collecte est nécessaire, mais que cela ne doit pas forcément entraîner un contrat avec accès aux bénéfices potentiels.* »

« Les pouvoirs publics sont dans leur rôle pour définir des règles éthiques à la française afin d'éviter toute logique marchande »

Le débat polarise. Dans le rapport « *Données de santé : quelles valeurs pour les établissements de soins ?* » publié en novembre 2019, le Healthcare Data Institute, un think tank cocréé par le groupe Orange, souligne qu'il « *souhaite encourager les établissements de santé à se doter d'une stratégie d'exploitation de données* ».

Selon Dominique Pon, cependant, « *l'histoire de la valorisation des données de santé a un côté très malsain. Si on était dans un système où toute la santé était gérée par des organisations privées, cela pourrait se comprendre, poursuit-il. Mais nous sommes dans un système où tout – professionnels de*

santé, logiciels de santé, recherche – est financé par la solidarité nationale et administré par les pouvoirs publics, qui sont donc dans leur rôle pour définir des règles éthiques à la française afin d'éviter toute logique marchande. »

La situation actuelle crée des blocages. « Aujourd'hui, en France, on est obligé de passer un temps considérable à discuter sans être sûr d'avoir un jour accès aux données, constate le scientifique entrepreneur Nikos Paragios. En décembre 2019, nous sommes allés au Canada, au centre hospitalier de Montréal, pour avoir des données, car notre demande auprès d'un grand CHU en France, lancée en septembre 2019, ne donnait rien. Dès janvier nous recevions le document de partage de données du Canada. Alors que nous n'avons toujours pas reçu, à ce jour, de réponse française. »

Ces acteurs qui discutent de valorisation semblent oublier, poursuit l'entrepreneur, « que les données servent à l'apprentissage des algorithmes. Une fois cette phase terminée, les données ne servent plus et la valeur n'est plus là. » Les projets de recherche, privés ou publics, attendent des réponses rapides « car, comme nous sommes dans des domaines très nouveaux et concurrentiels, c'est la première offre mondiale de produit ou de service efficace qui récupérera le marché ».

« Nous allons inexorablement vers un modèle d'exploitation de plus en plus massive des données de santé car, dans un monde idéal, la promesse est extraordinaire pour le bien commun »

« Il n'existe pas tant de start-up spécialisée en données de santé en France, tout simplement parce que c'est un parcours du combattant pour y accéder, et qu'ensuite, elles doivent traiter ces données pour pouvoir les utiliser de manière moderne, estime l'ancienne data scientist Stéphanie Combes (Health Data Hub). Le premier dispositif médical intégrant de l'IA a été certifié au printemps 2018 par l'agence américaine du médicament et nous n'en avons pas en France. Si nous voulons rester sur un système de santé de pointe, et qui puisse bénéficier à tous, il faut impérativement que nous prenions ce virage-là. Après, ce sera trop tard. »

Pour Stéphane Grumbach, directeur de recherche à l'Inria et enseignant à Sciences Po Paris, le sujet revêt une dimension géopolitique. « Dans tous les secteurs d'activité, les données sont désormais gérées par de très grandes plates-formes, domaine dans lequel les Etats-Unis et la Chine, qui ont massivement misé sur des start-ups pour les créer, sont très en avance. La santé ne va pas échapper à ce mouvement. Or il manque pour l'instant une plate-forme en France, tout l'enjeu est là, constate-t-il. Il est essentiel qu'il y ait de telles plates-formes en Europe, car celles-ci, avec leur logique, leurs valeurs et leurs normes, influenceront fortement sur les politiques nationales de santé. » Le pouvoir des plates-formes « se voit déjà dans d'autres domaines, tel le droit du travail avec des acteurs comme Uber par exemple ».

« Nous allons, poursuit-il, inexorablement vers un modèle d'exploitation de plus en plus massive des données de santé car, dans un monde idéal, la promesse est extraordinaire pour le bien commun, le bien des personnes et des populations. Mais il se pose désormais des questions de souveraineté qui dépassent les seuls intérêts privé-public. Dépendre de plates-formes étrangères dans des domaines comme la santé ou l'éducation, c'est inhiber la capacité même de gouverner. »

[retour au sommaire](#)



7. Histoire des hôpitaux publics de 1945 à nos jours

Edouard Couty, ancien Directeur de l'Hospitalisation, conseiller honoraire à la cour des comptes et actuel médiateur national pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (Lettre du CNP N° 26, décembre 2019, rubrique « Flash Infos ») a rédigé un article très

documenté sur l'histoire des hôpitaux publics entre 1945 et nos jours, période marquée par plusieurs réformes successives qui ont transformé la structure et le fonctionnement notre système de santé. Il était certainement le mieux placé pour se consacrer à cette étude, qu'il vient de publier dans la Revue de la société française d'histoire des hôpitaux ; avec son accord et celui de la revue (nous les en remercions), nous vous faisons profiter de la 1ère partie de ce long article (la 2ème paraîtra en octobre prochain). Ce travail historique est à rapprocher d'un autre article, de D. Moinard, sur « l'histoire des CHU à l'occasion de leur 60ème anniversaire » (Lettre du CNP N° 22 Janvier 2019).

Rémi Kohler

Évolution des politiques publiques pour l'hôpital de 1945 à nos jours

part.1 Édouard Couty

Ancien directeur des hôpitaux Enseignant à Sciences Po Paris, chaire Santé

Introduction

Toutes les enquêtes d'opinion confirment l'attachement des français à l'hôpital public en général et à leur hôpital en particulier, c'est finalement là où l'on va lorsqu'on est gravement malade. Pointer avec sévérité les dysfonctionnements et en même temps manifester soutien et confiance, ce n'est qu'une des multiples contradictions qui traversent l'hôpital et son histoire. Cela montre combien cette institution est importante dans la cité : au plan technique pour la qualité et la sécurité des soins, au plan humain pour l'accueil d'une personne malade ou en détresse sanitaire, au plan social comme lieu de recours des plus faibles : malades, vieillards, démunis. L'histoire de l'hôpital est liée à celle de sa ville, c'est indubitablement un lieu facteur de lien social.

L'hôpital, en France, s'est construit progressivement au fil des réformes successives. La conception du système hospitalier, son organisation, son fonctionnement sont marqués par l'histoire politique (ancien régime, période révolutionnaire, xix^e siècle, époque contemporaine) et une évolution balancée entre un secteur privé confessionnel mu principalement par l'action charitable et un secteur public mu dans un premier temps par la dimension sécuritaire puis par le principe de solidarité.

C'est au cours des soixante-dix dernières années que s'est construit et structuré l'hôpital moderne. Nous parlons désormais de système hospitalier car l'hôpital ses missions, son organisation sont diverses alors qu'il s'agit du même service public hospitalier. Tous les établissements n'ont pas les mêmes obligations ni les mêmes missions. L'ensemble constitue un système qui a vocation à fonctionner comme un réseau né d'une très forte impulsion politique donnée en 1945, à la Libération. Il a progressivement été construit et structuré par l'État, par les partenaires sociaux et par les professionnels eux-mêmes au point d'aboutir à un système d'une très grande complexité, fruit de compromis successifs entre des conceptions et des approches différentes des questions de santé publique et d'organisation des soins.

Le progrès médical joue un rôle déterminant et donne une place prépondérante aux « sachants » alors que le système tente de s'adapter pour répondre aux attentes des citoyens.

Tout au long de cette période, plusieurs tentatives d'affirmation du droit des patients ont émergé. Le mouvement s'est amplifié avec la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à l'organisation du système de santé portée par Bernard Kouchner. L'hôpital est aujourd'hui à la croisée des chemins car les grands enjeux de santé publique que le pays doit relever, les attentes des patients et plus généralement de la population exigent des évolutions profondes. Il s'agit de structurer un système hospitalier et un système de santé désormais conçu avec les usagers et pour eux. C'est à un véritable changement de paradigme auquel nous sommes conviés.

Au cours de cette promenade dans l'histoire récente du système hospitalier, nous envisagerons les actes fondateurs de l'hôpital du XX^e siècle (période 1945-1983), puis l'ère des gestionnaires du système (1983-2019) et la lente émergence des droits des patients et de la démocratie sanitaire, avant

de conclure sur les grands enjeux actuels et les défis auquel le système hospitalier est aujourd'hui confronté pour penser l'hôpital du XXI^e siècle.

I - Des actes fondateurs portés par une forte volonté politique

Issue des travaux du Conseil National de la Résistance, la Constitution de la IV^e République (27 octobre 1946) affirme dans son préambule que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé ». Cette affirmation fonde, depuis cette date, toutes les politiques de santé et d'organisation des soins. Le texte du préambule de la Constitution de 1946 a été repris en 1958 pour la constitution de la Ve République.¹ Sur cette base, entre 1945 et 1970, trois actes fondateurs résultants de choix politiques forts et d'arbitrages clairs ont été pris. Ils ont permis à notre système de se développer de manière exemplaire.

I-1 Le premier acte fondateur est constitué par les ordonnances d'octobre 1945 créant notre système de protection sociale en particulier l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui concerne les risques maladie, invalidité, vieillesse, décès. Cette ordonnance crée l'assurance maladie qui solvabilise les prestations de soins que ceux-ci soient effectués en ville ou à l'hôpital.

Cette réforme est la traduction concrète du programme élaboré avant la Libération par le Conseil National de la Résistance. Elle est portée en 1945 par Ambroise Croizat ministre communiste du gouvernement d'Union Nationale présidé par le général De Gaulle³. La création de la Sécurité sociale qui couvre les risques maladie, invalidité, accident du travail, maladies professionnelles, vieillesse, décès constitue une grande avancée sociale après les prémisses posées avant-guerre par les assurances sociales.

Cette innovation sociale majeure est mise en œuvre par Pierre Laroque, conseiller d'État et grand résistant. Il s'agit d'un système basé sur le principe de la solidarité nationale dont le financement est assis sur les salaires et assuré par des cotisations des employeurs et des salariés. Deux modes de financements pouvaient être envisagés :

- celui du modèle prussien et repris par Bismarck qui fut successivement chancelier de la Confédération de l'Allemagne du Nord (1867-1871) puis ministre-président de Prusse (1873-1890) ;
- celui du modèle anglais mis en place par Lord Beveridge en 1942 dont le financement est assuré par l'impôt (Report on Social Insurance and Allied Services). Le choix fut celui du modèle « Bismarck » avec un financement basé sur le principe de la solidarité nationale assis sur les salaires. Les conséquences de ce choix sont importantes, nous le verrons, mais n'oublions pas qu'en 1945-1946 il faut reconstruire et repeupler la France et qu'avec les effets du plan Marshall la période est au plein emploi. Avec la création de la « Sécu » il faut garantir à tous les travailleurs la prise en charge financière des soins et d'une retraite selon le principe de la solidarité nationale. Les acteurs économiques producteurs de la richesse nationale financent les dépenses de santé et les retraites. Très rapidement les autres secteurs d'activité ont vu leur système fondé sur le même principe (agriculteurs, pêcheurs, mineurs etc....)⁴. La protection sociale fondée sur le principe de l'assurance contre le risque (maladie ou vieillesse) permet la prise en charge financière de ce risque dès qu'il est avéré. Cela donne la priorité au financement des soins curatifs au détriment des actions de prévention, nous en percevons les conséquences aujourd'hui. Mais cette nouvelle sécurité sociale, et particulièrement l'assurance maladie, a permis à la médecine française et à l'hôpital d'exercer pleinement et sans contrainte sa mission de soin. Cette réforme a permis à notre système hospitalier de se développer pour devenir ce qu'il est aujourd'hui.

I-2 Le deuxième acte fondateur est constitué par les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958. Dans un environnement financier sécurisé, le système hospitalier doit permettre à la médecine française d'être à la pointe du progrès et d'assurer les meilleurs soins. Cette ambition est initiée par Pierre Mendès France. Ministre d'État en 1956, il demande à Jean Dausset de réunir une équipe de jeunes médecins dont Robert Debré, grand pédiatre, prend rapidement le leadership. En septembre 1956 un décret crée le « Comité interministériel d'études des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire et sociale », présidé par Robert Debré. En 1958, à l'arrivée

au pouvoir du Général de Gaulle, les projets de réforme sont prêts, Michel Debré, fils de Robert, devient premier ministre dès la création de la Ve République. C'est dans le contexte d'une profonde réforme politique que les ordonnances sont prises en décembre 1958. L'ordonnance du 30 décembre crée les centres hospitaliers universitaires (CHU) c'est-à-dire, dans chaque ville universitaire, l'alliance entre l'hôpital et les facultés de médecine, d'odontologie et de pharmacie. Chacun des acteurs conserve son autonomie financière et les missions des CHU sont clairement fixées : soins, enseignement et recherche. La Sainte Trinité de la triple mission Hospitalo-universitaire est ainsi consacrée, les professeurs agrégés, ne peuvent le rester que s'ils optent pour le temps plein : ils deviennent professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH, dont le statut a été arrêté en 1984 et intégrée dans le Code de l'Éducation). Ainsi les PUPH doivent consacrer tout leur temps aux trois missions fixées au CHU : enseigner la médecine à la faculté et dans les services hospitaliers, prodiguer les soins aux malades et développer la recherche. Cette réforme a permis à la médecine française de devenir une des meilleures au monde avec comme conséquence des avancées considérables liées à la recherche médicale (l'Institut National de la Recherche Médicale –INSERM– est créé en 1964).

C'est avec le même souci que l'école nationale de santé publique (ENSP) est créée par l'ordonnance du 19 octobre 1945. Devenue, par la loi en août 2004, école des hautes études de santé publique (EHESP), avec le statut de grand établissement universitaire, cette école forme des professionnels de santé aux questions de santé publique et les directeurs d'hôpital et d'établissements sanitaires et sociaux ou médicosociaux (non médecins).

I-3 La loi du 31 décembre 1970 constitue le troisième acte fondateur de l'hôpital moderne. Les progrès scientifiques et technologiques transforment la médecine et la chirurgie progressent rapidement. Les techniques d'aide au diagnostic et au traitement sont de plus en plus sophistiquées en imagerie, en biologie ou pour les explorations fonctionnelles. L'hôpital n'est plus seulement un lieu d'hébergement ; il devient dans les années 70 un lieu de diagnostic et de traitement de pathologies complexes et doit posséder un niveau d'équipement adapté. Les « plateaux techniques » regroupent les services médico-techniques (blocs opératoires, laboratoires, imagerie, explorations diverses) et les services de réanimation et d'urgence accueillent, déjà, un grand nombre de patients. La loi du 31 décembre 1970 portée par Robert Boulin, alors ministre de la santé, va préciser trois points fondamentaux :

I-3-1 Le contrôle de la gestion par l'administration d'État : le maire qui demeure président de droit du conseil d'administration perd sa compétence d'ordonnateur des dépenses de l'hôpital. Il n'est plus le représentant légal de l'institution, il n'a plus la possibilité de passer les marchés et de recruter le personnel. Ces pouvoirs et ces responsabilités sont transférés par la loi à un fonctionnaire, spécialement formé par l'École Nationale de Santé Publique et nommé par le ministre de la santé. Les actes du directeur et du conseil d'administration sont placés sous le contrôle du préfet (direction départementale des affaires sanitaires et sociales).

I-3-2 L'ambition d'un développement planifié et coordonné sur l'ensemble du territoire. La France est découpée en secteurs sanitaires regroupant une population de 150 000 à 200 000 habitants environ. C'est la « carte sanitaire » premier outil de planification construit sur les bases des premières cartes hospitalières. Que l'on soit établissement public ou privé, il faut une décision préfectorale basée sur l'état de la carte sanitaire pour construire des lits ou acquérir des équipements. Les installations (lits), équipements lourds (scanners) ou activités (réanimation) sont désormais soumis à cette autorisation formelle. Cette planification, même « rustique », doit répondre à deux objectifs : veiller à une répartition égale et optimale des équipements et installations sur le territoire et mieux maîtriser la dépense de l'assurance maladie qui finance tout cela. On voit déjà poindre la dichotomie entre l'État et les partenaires sociaux qui marquera la constitution du système hospitalier. L'État, conformément aux dispositions du préambule de la Constitution de 1946 doit veiller à un bon accès aux soins pour

tous, par une bonne répartition des équipements sur le territoire, et assurer le financement de ces soins pour tous par la protection sociale basée sur la solidarité nationale. D'autre part, les partenaires sociaux, gestionnaires de l'assurance maladie dont les ressources sont étroitement dépendantes des salaires, donc de l'activité économique, doivent veiller à assurer un équilibre pérenne entre les recettes et les dépenses du payeur.

I-3-3 La création du « service public hospitalier ». Dernier des grands services publics créés en France, le service public hospitalier est, en quelque sorte, la charpente et le toit de la maison hôpital public. Les missions de soins d'enseignement et de recherche doivent être assurées dans le respect des principes généraux des services publics : égalité d'accès à tous quels que soient les origines ou les statuts sociaux, continuité c'est-à-dire permanence de l'accueil, neutralité politique et sociale et adaptabilité pour répondre à l'évolution des sciences, des techniques et à l'évolution des besoins. Ce « service public hospitalier » est assuré par les hôpitaux publics et par les hôpitaux privés non lucratifs participant au service public qui le souhaitent. Les établissements privés commerciaux (cliniques) peuvent sous certaines conditions être concessionnaires du service public. C'est sur ces trois piliers (ordonnances de 1945, ordonnances de 1958 et loi de 1970) que s'est construit notre système hospitalier. Au cœur des « trente glorieuses », les décennies 70-80 ont été celles des bâtisseurs. On a construit beaucoup d'hôpitaux importants, immeubles de grande hauteur et de grande capacité disposant de plateaux techniques de mieux en mieux équipés et accueillant des laboratoires de recherche de plus en plus nombreux (INSERM, CNRS, CEA). Sous l'impulsion de Simone Veil, ministre de la santé à deux reprises, on a « humanisé et modernisé » les anciens hospices. Les conceptions architecturales ont évolué de l'hôpital pavillonnaire vers l'hôpital bloc au-dessus d'un plateau technique. Les premiers éléments relatifs aux droits des patients sont apparus notamment sous la forme du questionnaire de sortie.

Cet « âge d'or » au cours duquel l'hôpital a connu une croissance inégalée a été rendu possible par la situation économique (forte croissance, plein emploi, rajeunissement de la population), par un système de financement généreux (prix de journée) et surtout par la qualité des hommes et de femmes, tous professionnels compétents et passionnés, qui ont façonné cet hôpital pour la fin du XXe siècle. L'ère des bâtisseurs vient conforter les fondations du système juste avant l'avènement des gestionnaires.

II- L'ère des gestionnaires : contrainte financière et compromis

Les chocs pétroliers successifs, le tassement de la croissance, la nécessité de juguler l'inflation excessive ont rapidement fait peser sur le système hospitalier de nouvelles contraintes. Contrairement aux choix politiques et aux arbitrages clairs et tranchés opérés précédemment, la période des gestionnaires a privilégié, par choix et par nécessité, des compromis et connu des hésitations qui ont abouties à une très grande complexité et ont été préjudiciables au pilotage du système. Plusieurs aspects de l'évolution de notre système et de son financement illustrent ces phénomènes.

II-1 Notre protection sociale confrontée au tassement de ses recettes, notamment du fait de la montée du chômage, et à la forte accélération de ses dépenses. Devant la nécessité d'apporter de nouveaux financements, le gouvernement de Michel Rocard crée la cotisation sociale généralisée (CSG) par la loi de finances pour 1991, portée par Claude Evin, ministre des affaires sociales. Le principe originel d'un financement par les seules cotisations assises sur les salaires est complété par un impôt spécifique. Ainsi, le modèle bismarckien choisi par les fondateurs évolue vers un modèle mixte. Malgré cette nouvelle source de recettes, les dépenses croissent rapidement et le déficit de l'assurance maladie augmente. Peu à peu le régime général rembourse moins bien le petit risque, entraînant des inégalités sociales et financières d'accès aux soins. Les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées ont une espérance de vie moindre et renoncent aux soins mal remboursés : petits risques, soins dentaires ou optiques. Cette situation fortement dégradée a conduit récemment le

législateur à prévoir des dispositifs permettant de financer des assurances complémentaires pour les plus démunis ou à instituer une couverture maladie universelle (CMU) et une CMU complémentaire, puis par la loi du 23 décembre 2016 une protection maladie universelle (PUMA)⁵ pour permettre l'accès aux soins et leur remboursement aux personnes résidant en France non couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie. Ces évolutions ont percuté le fonctionnement, l'organisation et les finances de l'hôpital, service public qui accueille sans discrimination aux services d'urgence notamment avec la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

II-2 Des visions différentes de l'organisation et de l'exercice de la médecine.

À la différence d'autres pays européens (Angleterre, Allemagne, pays Scandinaves ...), en France, l'exercice de la médecine a été construit progressivement par les professionnels en opposition à l'Etat. L'exemple du combat entre les officiers de santé et les docteurs en médecine tout au long du XX^{ème} siècle illustre très bien ce phénomène original. La charte de la médecine française de 1927, d'origine syndicale et qui résulte de cette construction d'essence libérale, s'inscrit en opposition à toute contrainte ou régulation au nom de la liberté. Les principes de cette charte qui inspirent encore les positions actuelles et les compromis conventionnels qui en découlent sont : liberté d'installation, liberté de prescription, liberté de choix, liberté tarifaire et secret médical. A part le secret médical admis et protégé dans tous les pays développés, les autres principes ne se retrouvent pas partout. Même si la liberté d'installation est aujourd'hui, en France, sujet de débats et que la liberté tarifaire fait l'objet de compromis avec la négociation conventionnelle et les discussions sur les droits à dépassement, ces principes ont fortement marqués la jeune histoire de la médecine hospitalière. Le secteur privé à l'hôpital y trouve ses racines malgré l'opposition des « jeunes turcs » de la commission présidée par Robert Debré.

II-3 Des divergences entre le planificateur soucieux de l'accès aux soins sur le territoire et le financier qui privilégie une régulation par les tarifs.

Jusqu'à la fin des années 80 la répartition est à peu près claire selon un compromis entre régulation par les tarifs et planification territoriale. L'assurance maladie a la gestion du secteur libéral : médecine de ville et clinique avec la négociation des tarifs conventionnels, des tarifs dérogatoires (dépassements) et des tarifs de cliniques. L'Etat conserve le champ plus régalien des autorisations d'équipement et des autorisations d'exercice sans toucher à la liberté d'installation, il exerce par ailleurs la tutelle sur les établissements assurant le service public hospitalier. Plusieurs textes législatifs et réglementaires vont tenter d'adapter cette dichotomie de pilotage.

II-3-1 La loi du 31 décembre 1991 portée par Claude Evin, crée les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Priorité est clairement donnée à la régulation quinquennale du système par le schéma régional. Cette régulation physique est complétée par un volet qualité, la loi recommande aux établissements d'engager des processus d'évaluation des activités, l'Agence nationale d'évaluation médicale (ANDEM) est créée pour les accompagner dans cette démarche.

II-3-2 En 1996, le « plan Juppé », du nom du Premier ministre de l'époque, contient l'ordonnance du 24 avril 1996. Ce texte crée notamment les agences régionales hospitalières (ARH) avec l'ambition d'une régulation plus efficace tant par la planification que par les dispositifs financiers. Les ARH sont cogérées par l'Etat et par l'assurance maladie présents à égalité dans le comité exécutif. Le directeur est un fonctionnaire nommé en conseil des ministres. Il exerce la tutelle sur les établissements de soins (hôpitaux et cliniques) et élabore les SROS. Au niveau national le pilotage des ARH est exercé conjointement par l'Etat (direction des hôpitaux) et par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Pour mieux marquer la prééminence de l'Etat, et tirer les conséquences d'une gestion paritaire peu efficace, le plan Juppé modifie radicalement, par ordonnance, la philosophie originelle de la sécurité sociale. Le budget de la sécurité sociale sera désormais l'objet d'une loi de finance spécifique, la loi de financement de la sécurité sociale. Les conseils d'administration des caisses

perdent cette compétence essentielle au profit du Parlement. C'est la fin de la gestion du système par les partenaires sociaux.

II-3-3 En 2000, Martine Aubry, ministre des affaires sociales, et Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, décident de créer la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en lieu et place de la direction des hôpitaux. Cette nouvelle direction devient le bras séculier de l'Etat sur l'ensemble de l'offre de soins, elle est seule chargée du pilotage des ARH. L'assurance maladie conserve toute sa compétence sur le secteur de la médecine de ville.

II-3-4 La loi du 21 juillet 2009, hôpital, patients, santé, territoires (HPST), portée par Roselyne Bachelot alors ministre de la santé, crée les agences régionales de la santé (ARS). A la différence des ARH, qu'elles remplacent, les ARS sont compétentes sur l'ensemble des champs de la politique de santé : offre de soins, santé publique, secteur médico-social, sécurité sanitaire. Le compromis avec l'assurance maladie est rétabli au niveau régional sur le modèle des ARH et une cogestion Etat/assurance maladie. Le directeur général de l'ARS est nommé en conseil des ministres. Au niveau national, il y a plusieurs « pilotes dans l'avion » : le comité de pilotage réunit les ministres des affaires sociales de la santé et des comptes publics, toutes les directions des ministères concernés, l'assurance maladie et les assurances complémentaires. Les difficultés de pilotage sont avérées.⁷

II-3-5 La loi du 26 janvier 2016 portée par Marisol Touraine, consacre les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie. La loi stipule que la Nation définit les orientations et les priorités de sa politique de santé par un vote du Parlement. L'Etat met en œuvre cette politique et fixe les orientations dans une stratégie nationale de santé portée par le ministre de la santé et ses services : la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). L'assurance maladie contribue à la mise en œuvre des orientations définies par l'Etat. Il faut constater cependant que depuis 2016 la CNAM a créé sa propre délégation générale à l'offre de soins compétente sur le même champ que la DGOS du ministère, et que les problèmes de pilotage des ARS n'ont pas été vraiment résolus.⁸

II-4 Un compromis, à l'hôpital, entre l'indépendance du médecin et sa responsabilité institutionnelle au sein d'un collectif.

Ce compromis concerne la gouvernance de l'hôpital. Responsables de la prise en charge du patient, du diagnostic et des stratégies thérapeutiques, les médecins revendiquent la liberté de prescription et une liberté d'organisation au sein des services dont ils assurent la direction. Ils n'ont pas de liens hiérarchiques avec la direction de l'hôpital, ils ont au plus des liens fonctionnels ou des liens contractuels au travers d'accord de gestion des entités dont ils ont la charge (services ou pôles d'activité). Cette liberté et cette autonomie doivent cependant être compatibles avec les exigences d'un exercice collégial et celles d'une collectivité qui gère de nombreuses activités et met en œuvre des moyens importants et divers dans le cadre d'un projet d'établissement. L'équilibre acquis au cours des ans est modifié par la loi de juillet 2009 (HPST) qui donne plus de pouvoirs au directeur. Celui-ci nomme pour une durée déterminée les chefs de service et les chefs de pôle et arrête le projet d'établissement. Cela crée des tensions entre médecins et directeurs, qui peuvent conduire à des conflits ouverts toujours préjudiciables à la prise en charge des patients et au bon fonctionnement de l'hôpital. Ces tensions sont aggravées par les effets indésirables du mode de financement à l'activité mis en place et 2004.

II-5 Des modes de financements déterminants pour l'évolution de l'hôpital et de son management.

II- 5-1 Un objectif constant : la maîtrise de l'évolution de la dépense. On tempère la rigueur de cet objectif par des financements complémentaires ou des dérogations obtenues sur pression des professionnels, des politiques locales ou à la suite de conflits sociaux.

Jusqu'en 1983 l'hôpital a été financé par des prix de journée facturés à l'assurance maladie. Pour augmenter ou maintenir ses recettes l'hôpital devait augmenter le nombre de journées d'hospitalisation et/ou demander une augmentation de ses prix de journée en cours d'année. Ce système est rapidement devenu incompatible avec la lutte contre l'inflation et surtout avec la réduction générale des durées de séjour hospitalier du fait des progrès technologiques et médicaux et de la demande des patients.

II-5-2 La loi du 19 janvier 1983 prévoit une gestion par objectifs des structures hospitalières, un regroupement des services, souvent de petite taille, au sein de départements constitués selon une logique médicale et une réforme du financement. Le décret du 11 août 1983 met en place un nouveau système de financement et assure aux établissements une dotation annuelle globale basée sur le constat de dépenses et d'activités de l'année précédente et versée chaque mois par douzième par l'assurance maladie. Ce système permet de régler les difficultés de trésorerie et d'instaurer une régulation plus efficace de la dépense. Il a, de fait, créé une profonde inégalité entre les établissements assurant le service public qui n'avaient plus d'incitation à développer leur activité et les établissements commerciaux toujours financés au prix de journée et à l'acte qui, au contraire, cherchaient à augmenter leur activité. Le résultat fut un transfert progressif vers le secteur privé commercial des activités dans certaines disciplines : chirurgie, obstétrique et médecine dite à actes.

II-5-3 La loi de décembre 1991 met en place l'expérimentation, en région Languedoc-Roussillon, d'une facturation dite « à la pathologie » et c'est fin 2003 que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 crée le système dit de la tarification à l'activité (T2A). Il s'agit de facturer à l'assurance maladie le coût d'un séjour hospitalier correspondant au traitement d'un patient atteint d'une pathologie donnée, sur la base d'un tarif national fixé par l'État. Deux échelles de tarifs cohabitent : l'une pour les hôpitaux car le tarif est un « tout compris » et l'autre pour les établissements commerciaux puisqu'il faut distinguer entre le tarif versé à l'établissement et l'acte médical versé au médecin ou chirurgien libéral qui l'a pratiqué. Cette réforme a eu de nombreuses conséquences positives : retour à l'hôpital public d'activités perdues avec la dotation globale, développement de l'activité, responsabilisation et motivation des équipes. Il a eu également des conséquences négatives ou sujettes à débats : concurrence entre établissements au détriment de la coopération, sélection des patients « rentables » actes prescrits non pertinents etc.... 9

Le système de tarification à l'activité est un des éléments déterminants du management hospitalier actuel, inspiré des principes, déjà anciens, du New Public Management qui recherche la meilleure performance des acteurs et la meilleure efficacité des institutions parfois au détriment du dialogue social et aux dépens de la qualité du service. Le système de financement par l'activité et la gouvernance instituée par la loi de juillet 2009 (HPST) a progressivement modifié la vision de l'hôpital service public vers une conception de « l'hôpital entreprise »¹⁰. Les options du New Public Management mettent en avant l'excellence de la gestion privée, entrepreneuriale. En conséquence, le management de l'hôpital veut reproduire celui de l'entreprise alors que l'hôpital n'est ni une entreprise ni une administration et qu'il doit avoir un mode de management spécifique plus participatif. Ces changements ont provoqué des réactions négatives notamment parmi les soignants qui, pour nombre d'entre eux, ne perçoivent plus le sens de leur action et souffrent des contraintes de « productivité ». De plus, le système de financement à l'activité est contraint par l'enveloppe fermée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année. Ceci provoque une contradiction et une forte tension entre la logique macro-économique de maîtrise de l'ONDAM qui exige la baisse des tarifs lorsque l'activité augmente trop et la logique micro-économique des établissements qui exige que l'on produise plus d'activité pour avoir plus de recettes. Pour beaucoup d'établissements et d'équipes qui augmentent leur activité cela aboutit, de fait, à travailler plus pour gagner moins ce qui est particulièrement démotivant. Ceci a conduit récemment le gouvernement à garantir la stabilité des tarifs.

II-6 Depuis la fin des années 80, une plus grande autonomie pour un hôpital responsable ou une tutelle plus prégnante.

Cet effet de balancier a scandé les relations entre les hôpitaux (établissements publics administratifs juridiquement autonomes jusqu'à la loi du 21 juillet 2009) et les tutelles que sont l'État et l'assurance maladie.

II-6-1 La réforme hospitalière de décembre 1991 (loi Evin) fait le pari de la confiance dans la capacité des hôpitaux public à conduire une démarche stratégique et à élaborer un projet d'établissement sur la base duquel est établi un contrat d'objectifs et de moyens avec les services de l'État et l'assurance maladie. Les hôpitaux publics deviennent des établissements de santé, la politique contractuelle est privilégiée et la tutelle « a priori » allégée. Les schémas régionaux ont une valeur indicative. Les établissements s'ont incités à développer l'évaluation de leur activité et de la qualité des soins. Ils sont libres d'organiser leurs structures médicales en conformité avec leur projet.

II-6-2 Cinq ans plus tard le bilan n'est, hélas, pas très probant. Face au dérapage de la dépense, l'Etat raffermit sa tutelle. L'ordonnance du 24 avril 1996 (plan Juppé) rend le contrat obligatoire et c'est l'ARH qui en précise les contours, le SROS devient opposable, l'accréditation (qui deviendra certification) est obligatoire et conduite par des experts extérieurs pilotés par l'Agence Nationale d'Evaluation des Soins (ANAES) dont les compétences seront transférées à la Haute Autorité de Santé (HAS) dès la création de celle-ci par la loi du 13 aout 2004.

II-6-3 Pour redonner de nouvelles marges de manœuvre aux établissements, l'ordonnance du 4 septembre 2003 assouplit considérablement les règles de la planification

en supprimant la carte sanitaire et simplifie le système complexe des autorisations d'activité, d'installations et d'équipements. Dans le même temps ce texte permet la relance des investissements hospitaliers (Plan hôpital 2007 de Jean-François Mattei, puis Plan hôpital 2012 de Xavier Bertrand).

II-6-4 Dix ans plus tard, le poids de la dette hospitalière est considérable, de nombreux établissements ont contracté des emprunts toxiques et sont en grande difficulté financière avec des investissements surdimensionnés. L'Etat décide de restructurer et de contrôler les investissements supérieurs à 50 M d'euros. La circulaire du 5 juin 2013 prise par Marisol Touraine et le ministre du budget crée le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). C'est une instance centralisée composée d'experts des ministères des affaires sociales, de la santé, des finances et de l'assurance maladie qui valide et suit les actions d'investissements hospitaliers proposés par l'ARS. Les projets validés sont soumis à un encadrement très serré de leur réalisation et sont souvent assortis de plans de retour à l'équilibre budgétaire imposant aux hôpitaux un contrôle étroit de leurs dépenses.

II-6-5 Sur le plan de la gouvernance, l'ordonnance du 2 mai 2005 pose les bases d'une réforme vers l'hôpital entreprise. Le directeur qui voit ses compétences étendues est assisté par un comité exécutif composé d'administratifs et de médecins, les hôpitaux sont structurés en pôles d'activité regroupant des services. Le directeur peut conclure avec les médecins responsables des pôles des contrats d'objectifs (activité, qualité) et déléguer des compétences. Là encore l'hôpital dispose de marges de décisions. En 2008, le Président de la République, Nicolas Sarkozy, dans un discours à Bordeaux, souligne que le directeur d'un hôpital, nommé par l'Etat, doit être décideur, responsable de l'établissement et doit pouvoir réellement diriger. Ces affirmations sont reprises et renforcées par la loi de juillet 2009 (HPST). Le conseil d'administration de l'établissement est remplacé par un conseil de surveillance, les pouvoirs et compétences du directeur sont élargis, il devient président d'un directoire dans lequel siègent des médecins, le directoire conseille et assiste le directeur dans ses décisions. Les instances consultatives sont informées des décisions prises. Enfin, aboutissement du processus de

libéralisation entamé dans les années 2004-2005, cette loi de juillet 2009 supprime le service public hospitalier qui ne figure plus dans le code de la santé publique. L'ensemble des « offreurs de soins » publics ou privés, établissements ou libéraux peuvent être chargés par l'ARS d'une des missions de service public énumérées dans une liste limitative fixée par la loi : trente-neuf ans après la loi créant le service public hospitalier, base des valeurs de solidarité, de respect, d'égalité et de continuité qui illustrent l'hôpital public les cartes semblent vouloir être redistribuées.¹¹

Les tenants de cette évolution s'appuient sur la conception européenne des services d'intérêt général et des services d'intérêt économique général soumis aux règles de la concurrence et sur le principe de subsidiarité. Le service public hospitalier et son organisation restent de la compétence des États. Il a cependant fallu attendre la loi du 26 janvier 2016 pour que le service public hospitalier soit rétabli dans sa plénitude et modernisé (coopérations inter-établissements, mutualisation de moyens...). La dernière loi de transformation de notre système de santé pose les bases d'une évolution des organisations et des pratiques¹².

Le contexte économique, les contraintes sur l'investissement et le fonctionnement, l'organisation de la gouvernance et le mode de management d'inspiration libérale, les hésitations sur la conception du service public hospitalier contribuent aujourd'hui à la dégradation du climat général, à la désorientation et à la résignation ou à la revendication de nombreux professionnels hospitaliers engagés pour la défense des valeurs du service public.^{13 14} Dans le même temps, la reconnaissance des droits des patients progresse depuis 1975 avec les mesures d'humanisation des hôpitaux et hospices pour des conditions d'accueil plus dignes et l'instauration d'un questionnaire de sortie permettant aux patients d'évaluer ces conditions d'accueil hôtelier.

Les années 1990/2000 vont voir émerger les revendications portées par des associations de malades pour mieux connaître leur maladie, obtenir des informations sur les diagnostics et les traitements et participer aux décisions relatives à l'organisation et à la gestion du système et des établissements.

Remerciements : l'auteur remercie les professeurs Henry Coudane (Nancy) et Rémi Kohler (Lyon) pour leurs conseils et critiques dans la préparation et la relecture de ce travail

La deuxième partie de l'article d'Édouard Couty paraîtra à l'automne.

III - La naissance de la démocratie sanitaire, une évolution majeure dans les relations des professionnels et des institutions avec les patients et leur entourage

IV - La santé demain, les défis à relever par les politiques publiques.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HÔPITAUX – N° 163 – 05/2020

Notes

1. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Conseil constitutionnel version PDF sur www.gouv.fr.
2. Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau « Les Assurances Maladies », PUF coll. Que Sais-je ?, 2012, p.15.
3. Note de la rédaction : La Libération verra la création de la Sécurité sociale avec les ordonnances des 4 et 12 octobre 1945, signées par le général de Gaulle et Alexandre Parodi. Ambroise Croizat, ministre communiste du Travail le 21 novembre 1945 (jusqu'au 20 janvier 1946, puis ministre du Travail et de la Sécurité sociale jusqu'en décembre 1946) a signé la loi du 26 avril 1946 qui a étendu le régime général de la Sécurité sociale aux travailleurs indépendants. Sur les ordonnances de 1945, il reconnut lui-même : « J'ai été mis en présence d'une loi que vous connaissez, qui a été élaborée et

étudiée, mon rôle comme ministre est d'assurer son application » (J.O. des débats parlementaires du 9 août 1946).

4. Voir notamment sur ces points : « Programme du Conseil National de la Résistance. Quoi de neuf ? », Michel Rocard, Ed. ELYTIS, 2012.

5. Depuis 2019 la CMU est remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) : art.L861-1 à L861-10 du code de la sécurité sociale.

6. Tabuteau « Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé », Ed. Odile Jacob, septembre 2013, pp. 27-35.

7. « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé » Ouvrage coll, dir. E. Couty, C. Kouchner, A. Laude, D. Tabuteau Presses de l'École des hautes études de santé publique (EHESP), décembre 2009, pp. 297-327.

8. « La loi santé, regards sur la modernisation de notre système de santé », ouvrage coll. Dir A. Laude, D. Tabuteau, Presses de l'EHESP, juin 2016, pp. 11-24.

9. « Le service public est-il soluble dans la T2A ? », Édouard Couty communication orale au colloque Service public et santé en 2012 organisé par la chaire santé de Sciences Po et par l'Institut droit et santé de l'université Paris 5 (Paris Descartes), 27 juin 2012. Verbatim colloque Presses de Sciences Po., 2012.

10. « Hôpital public, le grand virage », Édouard Couty in Revue Sève, les tribunes de la santé, n° 28 automne 2010. Presses de Sciences Po.

11. « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Op. cité, pp. 15-66.

12. Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Journal Officiel, 26 juillet 2019.

13. « Éthique et management hospitalier », Édouard Couty (dir.) actes du séminaire Sciences Po, 2010, Ed. de santé, presses de Sciences Po., octobre 2010.

14 « Pacte de confiance pour l'hôpital », Rapport à la ministre. Édouard Couty, Claire Scotton. Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2013.

[retour au sommaire](#)



8. Hôpital Les mots du mal-être - analyse du livre de S. Velut



C'est l'occasion de vous conseiller la lecture d'un excellent petit livre, tout à fait de circonstance, d'un confrère neuro-chirurgien à Tours, **Stéphane Velut : L'hôpital, une nouvelle industrie- collection tracts Gallimard, N°12, 3,90 €**.

Triste et savoureuse description des relations entre soignants, directeurs et « communicants » (d'où le sous-titre « *le langage comme symptôme* ») ; je vous joins **l'analyse de ce livret (Le Monde 21-3-2020)**. La grande souffrance hospitalière, mise en évidence comme jamais lors de cette épidémie Covid auprès de nos dirigeants et de l'ensemble de la population (et qui devrait, on l'espère) entraîner « *un plan d'investissement massif profond et dans la durée* », est bien illustrée par de telles contributions.

Rémi Kohler

Hôpital, les mots du mal-être

Frédéric Potet, Le Monde 21 mars 2020

Les praticiens et les personnels de santé l'ont dit et répété : le coronavirus n'arrive pas au meilleur moment pour l'hôpital, fragilisé par des réductions d'effectifs et des baisses de moyens. L'état de surchauffe permanent des équipes et les difficultés matérielles chroniques des services témoignent d'une dégradation des conditions de travail, dénoncée depuis longtemps à l'intérieur même des établissements. Il n'est pas inutile de parcourir un petit ouvrage instructif sur l'origine du mal-être hospitalier, sorti mi-janvier : *L'Hôpital, une nouvelle industrie*, de Stéphane Velut (Gallimard, 48 pages, 3,90 euros).

Le professeur Velut, 63 ans, dirige le service de neurochirurgie du CHU de Tours. Romancier à ses heures, il a publié deux ouvrages, *Cadence* (Christian Bourgois, 2009) et *Festival* (Verticales, 2014). C'est sa passion pour les mots qui l'a conduit à écrire ce texte sous-titré « *Le langage comme symptôme* ». Le médecin y développe un propos inédit visant à décrire comment la langue des sphères de la communication et de l'économie a contaminé le secteur hospitalier dans le but de faire accepter l'inavouable au corps soignant : la réduction des dépenses.

Ce qu'il qualifie de « *fabrique du consentement* » a sauté aux yeux de Stéphane Velut il y a environ deux ans, à l'occasion d'une réunion au CHU, à laquelle participait le jeune salarié d'un cabinet de consulting ayant pignon sur rue. Au cours de la discussion, ce dernier adressa au professeur la remarque suivante : « *Tout en restant dans une démarche d'excellence, il [faut] désormais transformer l'hôpital de stock en hôpital de flux.* » Pour dire les choses plus prosaïquement : les patients restent trop longtemps dans les lits de son service ; il serait bien d'accélérer le débit, la circulation, le mouvement – le « flux », en un mot.

« *Business model* »

L'as du scalpel en resta coi, stupéfait qu'on puisse parler de malades comme de vulgaires draps, du

type de ceux qui couvrent les lits en question. « Je vivais jusque-là dans une cité heureuse. Cette intervention m'a réveillé politiquement au sein de mon propre environnement », nous confiait Stéphane Velut dans un café du centre-ville de Tours, il y a une semaine, juste avant l'instauration des mesures de confinement.

Écrit d'une plume élégante, son essai est jalonné de ces termes qui envahissent aujourd'hui le quotidien des praticiens, en particulier les responsables d'équipes : « *nouvelle gouvernance* », « *mutualisation* », « *problématique* », « *organisation managériale* », « *business model* », « *processus innovants* », « *optimisation des pratiques* »... L'auteur évoque ces tombereaux de graphes, algorithmes, formulaires, courriels, tableaux Excel, qui viennent polluer la pratique de spécialistes qu'il préfère, lui, comparer à des « artisans ». La sacro-sainte « gestion » – des stocks comme des humains – n'en finit pas de parasiter « l'estime envers le flair, l'œil et la main », souligne le chirurgien.

En trente-huit ans de carrière, Stéphane Velut a également vu naître de nouvelles appellations dans les organigrammes de l'hôpital public : « directeur délégué », « directeur de pôle », « attaché d'administration », « cadre supérieur »... sans oublier le redoutable « *bed manager* », chargé de superviser les flux de lits, autrement dit l'écoulement des patients. Dans certains établissements, ces différents métiers peuvent atteindre deux tiers des effectifs médicaux, internes compris, n'oublie pas de rappeler le médecin.

« Le corps administrant a repris la main sur le corps empathique [les soignants] », conclut-il, en décryptant une stratégie élaborée à l'aide d'un métalangage opaque, obèse de poncifs, et familier des équipes de com et autres spécialistes en consulting. « Tout cela relève de la même intention : remplacer les mots simples par des "éléments de langage" qui ornent, rassurent ou les parent d'abstraction aux fins d'intimider. Orner, rassurer, intimider... fabrique le consentement », assène Stéphane Velut.

Outre l'objectif visé (la baisse des moyens), quelles conséquences découlent concrètement de cette politique, dans un service comme le sien, lui demande-t-on ce jour-là, devant un dernier expresso avant longtemps ? « Le seul havre de paix dont je dispose est le bloc opératoire, répond-il. Les praticiens sont actuellement dans un plus grand état de stress quand ils ouvrent leur boîte mail que lorsqu'ils vont opérer. » N'employez surtout pas le terme honni de « management » devant Stéphane Velut : « Le personnel, je ne le manage pas, je le ménage », formulera-t-il.

Le Covid-19 présente au moins un « avantage », à ses yeux : les décideurs – les politiques en premier lieu – n'ont pas d'autre possibilité, désormais, que d'entendre, à leur tour, le langage des médecins. Parce qu'ils sont « au contact de la maladie et de la mort », ceux-ci ont l'habitude d'user « de mots concrets pour dire ce qu'ils font. Ils n'ont pas le choix ». Cette inversion de la primauté de la parole, rendue nécessaire par la gravité de la situation, permettra de débloquer des fonds exceptionnels pour combattre le virus. « Quoi qu'il en coûte », a martelé Emmanuel Macron, au soir du 12 mars.

Ce matin-là, Stéphane Velut a grimacé en ouvrant un courrier interne émanant de la direction du CHU. Le pli contenait un « guide méthodologique » l'invitant à préparer l'entretien annuel individuel (EAI) qu'il va devoir faire passer, pour la première fois, aux sept praticiens de son service.

Inscrites au projet « Ma santé 2022 », visant un « renouvellement du management des ressources humaines hospitalières et de la reconnaissance professionnelle », ces entrevues peuvent « raisonnablement durer entre une et deux heures par praticien reçu », est-il précisé. Le chirurgien en soupire d'avance : « Nous ferons ça comme pour nos réunions de fin de journée : devant un jus de fruit et des noix de cajou. »

[retour au sommaire](#)



9. Comment écrire un article de recherche

Synthèse excellente d'une formation pour écrire un article de recherche : tout est dit en quelques mots

Cet éditorial est concis et très utile. Il apporte les éléments principaux à connaître pour écrire un article de recherche. Il a été publié dans [International Journal of Radiation Oncology en mars 2020](#). Quelques bonnes idées :

Commencez votre projet de rédaction 6 mois avant...

Choisissez 6 illustrations au plus vite et travaillez pour les rendre très lisibles

Ce n'est pas un jeu de piste, une énigme et le lecteur doit anticiper chaque paragraphe comme vous allez l'écrire. Au début 'Lock your 6 figures'... c'est la priorité.

Voici le conseil pour le premier paragraphe de l'introduction :

- a. Paragraph 1: Big picture. However, I would avoid first sentences such as
 - i. "There are 52,000 cases of pancreas cancer each year"
 - ii. "Pancreas cancer is a terrible disease and new treatments are urgently needed"
 - Anyone who is reading your paper will know this. Why waste words boring your readers with what they already know?

Quelques conseils de style :

- Every paragraph has a structure. A topic sentence states what the paragraph is about. This is followed by a series of statements unified by this concept by content or chronology. A concluding sentence bridges to the next paragraph. It makes the paper much easier to follow.
- Active voice makes a paper more fun to read.
- Avoid needless words. My "hit list" includes "the fact that," "it has been shown that," "clearly," "importantly," and "consistently." None of these words contain information. If the statement is not "important" or "clear," stating that it is does not make it so. Another example is "a viable option." I try putting the opposite of the word in its place: "a nonviable option." If it is not viable, it is not much of an option, so "an option" should suffice.

PdF disponible sur : [https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(19\)34513-4/abstract](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(19)34513-4/abstract)

Hervé Maisonneuve

[retour au sommaire](#)



10. Le Billet d'Hervé Maisonneuve - Humour



[Belles bagnoles pour les cardiologues, amendes pour les psychiatres, vitesse chez les orthopédistes](#)

Les psychiatres sont les plus susceptibles de recevoir une amende pour un excès de vitesse extrême, et les cardiologues sont les plus susceptibles de conduire des voitures de luxe lorsqu'ils reçoivent des amendes, selon une étude publiée dans le numéro de Noël 2019 de la revue [BMJ](#).

Cet article intitulé "**The need for speed: observational study of physician driving behaviors**" a une illustration. Il s'agit d'une animation interactive sur laquelle le lecteur peut cliquer pour voir cinq classifications.

L'étude menée aux États-Unis a recoupé des données sur les infractions au code de la route avec des données accessibles au public relatives aux caractéristiques des médecins. L'échantillon a inclus 5 372 médecins et 19 639 non-médecins ayant reçu une amende pour un excès de vitesse durant la période 2004–2017. La proportion de conducteurs cités à comparaître pour un excès de vitesse extrême (défini comme une conduite supérieure à 30 kilomètres par heure au-dessus de la limite de vitesse) était similaire entre les médecins et les non-médecins (26,4 % contre 26,8 % des amendes, respectivement).

Cependant, parmi les médecins ayant reçu une amende, les psychiatres étaient les plus susceptibles d'être condamnés à une amende pour un excès de vitesse, par rapport aux médecins d'autres spécialités (rapport de cotes corrigé pour la psychiatrie, par rapport à la spécialité de l'anesthésie à l'inclusion : 1,51 ; IC à 95 % : 1,07–2,14).

La possession d'une voiture de luxe a été le plus fréquemment constatée chez les cardiologues (proportion corrigée de cardiologues ayant reçu une amende qui possédaient une voiture de luxe : 40,9 % ; IC à 95 % : 35,9–45,9 %) et le moins fréquemment constaté chez les médecins spécialisés en médecine d'urgence, en médecine générale, en pédiatrie, en chirurgie générale et en psychiatrie.

Les orthopédistes roulent vite. Les médecins n'ont pas reçu de traitement plus indulgent de la part de la police, quelle que soit leur spécialité.

<https://www.redactionmedicale.fr/2020/03/les-psychiatres-sont-les-plus-susceptibles-de-recevoir-une-amende-pour-un-exc%C3%A8s-de-vitesse-extr%C3%Aame-et-les-cardiologues-ht>

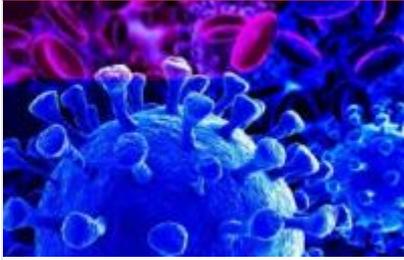
<https://www.redactionmedicale.fr/>

Hervé Maisonneuve

[retour au sommaire](#)



11. Sondage du CJO



Le Collège des Jeunes Orthopédistes souhaite faire un état des lieux des modifications du quotidien et de la formation en lien avec le coronavirus.

Vous pouvez consulter ce questionnaire [en cliquant ici \(lien\)](#).

Nous vous remercions de bien vouloir le compléter et ne manquerons pas de vous faire part des résultats de ce sondage.

Les Présidents et Secrétaires Généraux du CNP-COT

[retour au sommaire](#)



12. Agenda



Rendez-vous sur notre [AGENDA](#) pour retrouver les évènements qui vous intéressent !

Pour se désinscrire de cette newsletter, merci d'envoyer un message à sofcot@sofcot.fr

[retour au sommaire](#)