



Position des membres de la CRSA Auvergne Rhône Alpes présents à la plénière du 15/01/2019 concernant

le projet de loi de santé sur la transformation de notre système de santé

L'assemblée plénière de la CRSA Auvergne Rhône Alpes s'est tenue le 15 janvier 2019.

La saisine de la Conférence nationale de santé sur le projet de loi de transformation de notre système de santé, en date du 10 janvier, a conduit la présidente à proposer en séance aux membres présents d'inscrire ce point à l'ordre du jour. Ceux-ci ont répondu favorablement à l'unanimité, considérant notamment que les dispositions présentes dans ce texte ayant un impact sur l'organisation territoriale de l'offre en santé leur donnent toute légitimité à s'autosaisir du sujet.

De l'examen rapide du projet de loi et du débat qui a suivi, il en est ressorti à l'unanimité moins une voix contre (voir position de la CGT en annexe) :

- Concernant le texte lui-même
 - Un accord général sur les orientations du projet de loi élaborée pour permettre la mise en œuvre de la stratégie de transformation de notre système de santé
 - La demande de voir le Conseil territorial de santé institué comme le cadre de l'élaboration du diagnostic territorial partagé afin de voir se développer l'approche populationnelle et non pas seulement la juxtaposition des projets des professionnels.
 - La demande de voir réintroduite la disposition visant à la convergence des structures de coordination, disposition qui était présente dans le document de présentation du projet de loi support de la concertation préalable autour de celui-ci. La recherche de l'efficacité dans l'organisation territoriale de l'offre en santé doit conduire toutes les structures de coordination à définir ensemble les champs de compétences et d'intervention des unes et des autres, les modalités de passage de relais de l'une à l'autre dans un souci de meilleur service rendu aux usagers et aux professionnels.
- Concernant la mise en œuvre de ce texte et plus largement de la stratégie de transformation de notre système de santé
 - Pour des raisons de calendrier de réformes, le texte prévoit de nombreux recours aux ordonnances ; l'exposé des motifs du projet de loi le justifie par le besoin de poursuivre la

concertation autour des dispositions prévues. Il est souligné que dans le contexte actuel de demande fortement exprimée d'une meilleure prise en compte de la réalité des territoires dans les politiques mises en œuvre, la non inscription dans la boucle de la concertation préalable autour du projet de loi des acteurs régionaux est difficile à comprendre. Aussi est-il fortement demandé et souhaité que la concertation autour des ordonnances ne se fasse pas seulement avec les têtes de réseau mais également en région et avec les territoires. Les instances de démocratie sanitaire (CRSA et CTS) dont les collectivités territoriales sont membres devraient prendre toute leur part dans ces concertations.

- Si l'objectif fixé à l'horizon 2022 rencontre l'assentiment des acteurs, il est souligné le besoin d'un accompagnement financier pour éviter d'ici là l'effondrement du système de santé particulièrement en ce qui concerne le secteur hospitalier public et associatif.
- La mise en œuvre de la réforme doit se faire en faisant confiance aux acteurs dans le cadre d'une régulation bien comprise, garante de la poursuite des objectifs fixés collectivement. Il y a lieu de mettre à leur disposition les outils juridiques et budgétaires suffisamment souples pour permettre l'adaptabilité des modes de fonctionnement aux réalités du terrain.
- Enfin, il est indispensable de rendre visible à chaque étape, la mise en cohérence des différentes réformes engagées

Le quorum n'étant pas atteint, cette position ne peut être considérée comme un avis de la CRSA ARA.

Annexes

1- Déclaration de la CGT

Nouvelle faute gouvernementale.

Alors qu'un mouvement social traverse notre pays, témoignant d'une profonde crise sociale, politique, démocratique accentuée et incarnée par la verticalité d'un pouvoir qui méprise les organisations qui ont contribué à notre histoire.

Alors que notre système de santé ne tient que grâce à un surinvestissement des professionnels, mis en danger par des contraintes de travail infernales.

Alors que la progression du non recours aux soins, des inégalités de santé et d'espérance de vie est une cruelle réalité dans notre pays.

Alors que s'affirme dans tous les territoires l'urgence d'un retour à des soins de proximité et l'avènement d'une politique de prévention et d'éducation et de promotion de la santé.

Cette loi « ma santé 2022 » n'apporte pas les réponses aux défis de donner le droit à toutes et à tous de vivre et de travailler en bonne santé.

Au contraire, ce plan gouvernemental destiné à transformer notre système de santé pour soi-disant satisfaire aux besoins de la population et aux évolutions technologiques n'y répond pas voire le dégrade.

Pris dans l'urgence, avec un manque évident de concertation et d'échange, ce gouvernement utilise tous les moyens tels que la loi mais aussi la réglementation, et comme si cela ne suffisait pas légifère par ordonnances. Ce qui devient le mode de législation privilégié de ce gouvernement au mépris de la démocratie.

Mais, de fait, c'est la destruction d'un système de santé solidaire pour amener chaque individu à être seul face à une organisation de plus en plus libérale où la recherche de revenus et l'offre de soins et de sa qualité s'entrechoquent !!!!

En effet, aujourd'hui, ce plan aurait dû répondre aux urgences exprimées telles que :

- la réponse aux urgences hospitalières
- l'absence de permanence de soins de nuit et de week end sur tout le territoire
- le développement des déserts médicaux et en conséquence le manque d'accès aux médecins généralistes tout comme des spécialistes
- les restes à charge en forte augmentation dus aux dépassements d'honoraires, aux franchises, aux forfaits hospitaliers, aux pénalités, etc...
- le manque criant d'effectifs dans l'ensemble de l'hôpital, en épuisement professionnel et notamment dans les EHPAD

Ce n'est pas par la seule régionalisation des formations médicales et en les mettant sous la coupe autoritaire des agences régionales de santé que nous répondrons aux attentes.

Mais, c'est bien, par un plan massif de recrutement et de formation en étant en capacité de former autant de personnels de santé dont notre pays a besoin. Mais l'état de délabrement des moyens alloués aux universités et leur impossibilité d'augmenter le nombre d'étudiants laisse planer un doute sur la réalité d'une mesure plus médiatique qu'effective

400 postes de médecins salariés pour les territoires dont la situation est la plus critique alors que 20 % de la population vit en zones sous denses... Mais que penser de rendre centrale dans ce plan la création de 4 postes par département de médecins salariés alors que la CGT porte depuis longtemps la création de Centres de Santé attachés à des établissements publics avec des professionnels de la santé salariés

Créer 1 000 communautés professionnelles de Territoire de Santé pour regrouper et coordonner les professionnels de santé en leur accordant des avantages non négligeables tels que les assistants médicaux et autres financements creusera encore plus le fossé et les inégalités entre les territoires couverts par les CPTS et les zones destinées à rester désertiques

Alors que la proximité est une exigence maintes fois répétées et criées par la population, le service public de la santé devrait subir une gradation de ses établissements entre les hôpitaux de proximité, spécialisés et ultra spécialisés faisant que l'éloignement soit la conséquence subie de sa maladie. Et pourtant, dans tous les territoires nous constatons un vieillissement de la population, un développement important des maladies chroniques et des affections de longue durée exigeant des soins et un suivi régulier. A nouveau les populations des territoires, hors métropoles, seront encore plus en difficultés.

Pour conclure cette déclaration, il semble nécessaire de redire à quel point nous considérons ce plan de transformation de notre système de santé est à 1 000 lieux des préoccupations réelles et des besoins de la population, des professionnels qui vivent au quotidien le manque de moyens, la perte de repères, le sentiment d'abandon et la sensation de n'être que des variables d'ajustements budgétaires du gouvernement.

Et surtout de rappeler qu'à vouloir contraindre les moyens de la Sécurité sociale par des exonérations ce n'est pas de trop de dépenses dont souffre la Sécu mais d'un manque de recettes.

La CGT se prononce défavorablement sur ce projet de loi.

les représentants CGT à la CRSA

Mireille CARROT (TITULAIRE)

Jacques COCHEUX (Suppléant)

Murielle PEREYRON (Suppléante)

2 Contribution de Thierry Philip, président du Directoire de l'institut Curie et président de l'organisation européenne des instituts de cancérologie

Co-auteurs : Jean-Yves BLAY, Directeur Général du Centre Léon Bérard et Mario CAMPONE, Directeur Général de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest

- En 1945, l'ordonnance du Général De Gaulle créait les centres de lutte contre le cancer, et 60 ans après la création par le Président de la Ve République des centres hospitalo-universitaires, il est temps de réfléchir au futur.

- L'histoire est toujours importante. En 1909, Marie Curie créait l'Institut du radium qui préfigure les centres de lutte contre le cancer de 1945, lieux de soins, de recherche et d'enseignement.

En 1958 les CHU se créent autour des spécialités d'organes.

L'arrivée progressive de chimiothérapies efficaces vers 1970 fait débiter une période de relations plus tendues entre CHU et centres de lutte mais les équilibres locaux sont la plupart du temps préservés par les bonnes relations interpersonnelles entre les médecins et par la menace du secteur privé sur le recrutement de la filière publique. Les plans Cancer successifs (2004, 2009, 2013) ont de fait installé

comme référence le modèle des centres de lutte contre le cancer et permis d'intégrer la pluridisciplinarité et la transversalité des CLCC partout en France. Plusieurs CHU évoluent sur ce chapitre, parfois vers des associations fortes avec des CLCC (Toulouse), soit vers la constitution d'Instituts du cancer virtuels avec les CRLCC (Strasbourg) ou seuls (APHP, HCL...).

- Il est donc légitime de réfléchir à une évolution qui doit tenir compte de plusieurs facteurs :

1. Les CRLCC ont une vocation universitaire.

Il faut regarder Cambridge, Amsterdam, Oslo et beaucoup d'autres pays européens pour voir que partout dans des structures juridiques différentes existent des équivalents de Centre anticancéreux public ou privé à but non lucratif et à vocation universitaire au sein d'un complexe d'hôpitaux généraux dont certains font de l'innovation.

Jamais un des hôpitaux n'a seul le titre d'hôpital universitaire et partout l'université est indépendante et labellise les hôpitaux en fonction des intérêts d'abord des étudiants, puis de la recherche et du programme de recherche capable d'accueillir thésards et post docs. Aucune de ces accréditations n'est définitive et elle est remise en cause à intervalle régulier en fonction des intérêts d'une université toujours indépendante des sites hospitaliers. A l'inverse de la France, dans ces pays dont la position dans les classements de Shanghai est souvent élevée, l'université dispose de l'indépendance nécessaire pour identifier ses enseignants et chercheurs, indépendamment des pressions des centres hospitaliers

Au total, si l'on regarde le paysage français, il existe des bons centres dans le territoire de bons CHU, des centres et des CHU de qualité pour la prise en charge des malades mais faibles en recherche (l'addition des deux ne règlera aucun problème) et enfin des centres et des CHU de petite taille et en vraie difficulté pour se différencier d'une bonne clinique privée. La fusion des deux structures ne règlerait donc aucun problème.

2. Les besoins de la population en termes de centre de référence et d'excellence sont imparfaitement couverts, avec d'importantes iniquités d'accès identifiées par plusieurs études récentes. Il faut donc songer à mieux servir les populations par des offres de service public diversifiées.

La question est comment promouvoir l'excellence du secteur non lucratif (CAC et CHU). Aujourd'hui, les besoins nationaux ne sont pas couverts et la question est d'analyser les inégalités et de déployer des réseaux organisés autour des centres CHU et/ou CRLCC les mieux organisés. L'enjeu est de commencer par définir où est l'excellence hospitalo-universitaire.

On peut à l'évidence partir des SIRIC qui ont été évalués par des experts internationaux, puis exiger que CHU et CRLCC soient candidats à l'accréditation OEIC qui distinguera les « Comprehensive Cancer Centers » universitaires des « Clinical Cancer Center », centres plus axés sur la clinique. La production scientifique (avec des critères internationaux, Web of Science, Scopus, Google Scholar) des nombreux acteurs et groupes visibles sur la scène scientifique internationale doit être analysée et portée en avant.

▪ Le modèle historique créé en 1909 par Marie Curie mérite d'être regardé de près car il s'impose en Europe et dans le monde. Ce modèle peut s'adapter à une évolution de la carte de la cancérologie française en procédant par étapes :

1. Identification des vrais « Comprehensive Cancer Centers » qui est le modèle universel, avec directions médicales qui peuvent être aussi bien dans les CRLCC que dans les CHU.
L'OECI – l'Organisation Européenne des Instituts du Cancer – propose cette accréditation dans un modèle labellisé par l'ISQUA (The International Society for Quality in Health Care) qui est reconnu par certains pays comme l'Italie et que l'INCa pourrait reconnaître en participant à l'accréditation finale au stade décisionnel.
Aujourd'hui, 3 centres français sont « Compréhensive Cancer Center », et une dizaine de centres sont candidats dont 2 CHU prestigieux (AP-HP et HCL) et l'IUCT de Toulouse qui réunit CRLCC et CHU.
Un « Comprehensive Cancer Center » a une direction médicale indépendante, un budget, des objectifs et un conseil scientifique international. Il a au minimum 150 lits dédiés au cancer et 50 médecins plein temps. Le budget Cancer est au minimum de 50 millions. Le nombre de malades de 2 500/ an et au minimum 125 articles à facteur d'impact supérieur à 10 sont publiés chaque année et 75 études cliniques sont proposées chaque année.
2. Dans une deuxième étape, des réseaux doivent impérativement être créés autour des « Comprehensive Cancer Centers ».
CHU et CRLCC doivent disséminer les innovations dans des réseaux d'hôpitaux publics et privés. L'INCa a défini les critères de qualité d'un réseau et l'OECI proposera une accréditation des réseaux à l'échelle européenne en respectant les différences d'organisation nationale.
3. La filière cancérologique organisée, personne n'aura de pertes de chances et on pourra commencer à discuter de financement à l'épisode puis au parcours sans difficultés excessives.
4. L'université indépendante doit alors labelliser l'excellence et l'accès à l'innovation par ces centres indépendants. L'EACS (European Academy of Cancer Science) propose une accréditation spécifique pour l'innovation en cancérologie aux sites labellisés « Comprehensive Cancer Centers » et il serait facile de l'exiger pour labelliser un centre d'excellence en recherche translationnelle (si on n'est pas déjà SIRIC).
Il faudra évidemment positionner l'INSERM et le CNRS dans le schéma et dans le processus d'ensemble de la recherche en cancérologie et définir le CHU comme l'ensemble des hôpitaux en convention avec l'Université indépendante.

Notre proposition serait de prendre son temps et donc de procéder par étapes. Définissons d'abord où est la qualité, préservons-la et avançons pas à pas vers une évolution que chacun doit accepter si elle est basée sur une évaluation objective de cette qualité (d'abord qualité des soins, puis qualité de l'accès à l'innovation) où coexisteront harmonieusement :

- 1) Les organisations transversales dites « Comprehensive Cancer Centers »
Les centres de lutte contre le cancer en sont les modèles et plusieurs CHU répondent parfaitement à ce modèle (mais pas tous).
Les critères sont connus et peuvent être évalués de façon indépendante à l'échelle européenne en différenciant centres universitaires et « clinical cancer centers ».
Il faut identifier les sites qui répondent à ces critères, incluant la proximité géographique.
Le rôle de la recherche adossée doit s'inscrire sur le site en lien avec l'INSERM, le CNRS et les universités.
- 2) Affiliation aux universités en direct et indépendante des hôpitaux qui sont universitaires si l'université le décide et pour une durée limitée par des évaluations régulières et surtout Indépendance des universités pour cette accréditation.
- 3) S'il y a deux alternatives possibles et plus originales :
 - Affilier tous les centres universitaires qu'ils soient centre de lutte ou ex-CHU à quelques universités dépassant les actuelles régions (la Cour des Comptes a souvent proposé de limiter à 4 ou 5 le nombre de « CHU »).
 - ou créer une université française de lutte contre le cancer pilotée par l'INCa.

Si l'on veut s'attaquer aux problèmes structureaux en sortant de la rhétorique (Hôpital entreprise ou non ? T2A coupable ou thermomètre ?), il faut ouvrir les deux dossiers clefs : l'équilibre des salaires médicaux dans le public et le privé et l'indépendance de l'université sur la base d'une évaluation de la qualité. C'est autour de la qualité évaluée de façon indépendante que l'on peut réformer et faire accepter les réformes mais la qualité doit s'accompagner de la possibilité de recruter les meilleurs et la question des salaires dans les hôpitaux à but non lucratif publics ou privés est un préalable indispensable.