



AVIS SUR LE PROJET DE LOI RELATIF A L'ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

adopté à l'unanimité moins une abstention
par la Commission permanente le 24 janvier 2019

SUR LES CONDITIONS DE L'AVIS

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et du plan « sante 2022 », le Gouvernement a préparé un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Fin décembre, le Gouvernement, par l'intermédiaire de la Directrice générale de l'offre de soins, a engagé une consultation d'abord sur un document de présentation, ensuite sur un projet de texte accompagné d'un exposé des motifs.

Dès qu'il a eu connaissance de cette consultation, le Président de la CRSA Nouvelle-Aquitaine a pris contact à deux reprises avec la Directrice générale de l'offre de soins pour lui indiquer « qu'alors même que la loi quand elle sera appliquée aura des conséquences importantes sur le fonctionnement des territoires, il était tout à fait paradoxal que les instances locales de démocratie en santé, CRSA et CTS, soient ignorées. C'est encore plus choquant dans la période que nous traversons due en partie au manque de considération apportée aux acteurs locaux, aux territoires et plus largement aux citoyens. »

Dans sa réponse, la Directrice générale de l'offre de soins indiquait que « s'agissant d'un texte national **même si la portée est bien évidemment fortement territoriale**, les consultations organisées sont des consultations nationales, comme pour tout projet de loi. » Elle renvoyait les crsa soit à une contribution dans le cadre de la saisine de la Conférence nationale de santé, soit à une autosaisine.

La CRSA Nouvelle-Aquitaine est en complet désaccord avec cette position et considère essentiel d'en expliquer les raisons dans l'intérêt même de la démocratie en santé, dont elle constitue une instance légitime voulue par le législateur, tout comme les conseils territoriaux de santé.

Pour justifier la non consultation des crsa, même si la portée du projet de loi « est bien évidemment fortement territoriale », il est tout d'abord signifié que les consultations sont nationales car il s'agit d'un projet de loi. Sans faire de recherches historiques, le principe ainsi édicté a connu de nombreuses exceptions. Et quand bien-même, comme l'a indiqué récemment le « Speaker » de la Chambre des Communes : « *Si nous procédions seulement par référence à des précédents, à l'évidence rien ne changerait jamais* ».

L'inutilité de la saisine des crsa s'expliquerait ensuite par leur faculté de s'exprimer au sein de la Conférence nationale de santé ou par autosaisine. La CRSA Nouvelle-Aquitaine se félicite naturellement de la saisine de la Conférence nationale de santé. Mais l'expression au sein de cette instance dans le cadre d'un point de vue collectif national n'exonère en rien la saisine des crsa, en tant qu'instances représentant les acteurs locaux. Au demeurant, des organisations membres de la CNS sont également consultées par ailleurs. Pourquoi faire une telle distinction au sein des membres de la CNS relativement à cette procédure de concertation ? Par ailleurs, la CRSA Nouvelle-Aquitaine tient à souligner que la saisine de la CNS dans le cadre de la Stratégie nationale de santé demandait explicitement que l'avis de la CNS exprime le point de vue des CRSA. Rien de tel dans la saisine actuelle.

La non saisine des CRSA s'expliquerait enfin par la possibilité pour les CRSA de s'autosaisir du projet de texte de loi. Certes, cette possibilité existe. Mais la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère qu'elle n'est en rien équivalente à une saisine. Etre saisie par les pouvoirs publics, c'est être reconnue en tant que telle comme une instance de démocratie en santé légitime. Etre renvoyée à une démarche d'autosaisine, c'est être poussée à adopter une posture protestataire plus que contributive ou participative sans aucune garantie sur la façon dont l'avis serait pris en compte. Fondamentalement, la possibilité d'autosaisine répond d'abord au besoin d'explorer des aspects non pris en compte par les procédures réglementaires ou classiques. Etre contraint à l'autosaisine faute d'avoir été saisie constitue un palliatif à un dysfonctionnement de la démocratie en santé. Au demeurant, ce dysfonctionnement se manifeste aussi dans le délai, un mois, laissé à chaque instance consultée officiellement pour donner son avis.

Ainsi donc, non seulement on va décider nationalement de l'organisation des territoires sans même prendre l'avis de ceux qui sont concernés, mais on laisse à ceux qui sont consultés un délai si court qu'il les met dans l'impossibilité de consulter sérieusement les acteurs locaux qu'ils représentent. La CRSA Nouvelle-Aquitaine peut comprendre la volonté d'agir rapidement du Gouvernement. Mais aller trop vite, c'est au final perdre du temps. C'est s'exposer, comme le démontre sur de nombreux points la crise actuelle, à revenir sur des mesures n'ayant pas bénéficié d'une concertation suffisante auprès de la population et des acteurs locaux. La CRSA Nouvelle-Aquitaine a la conviction que prendre le temps de consulter les crsa et les cts, qui rassemblent de façon légitime et organisée plusieurs milliers d'acteurs de la santé, usagers, professionnels, collectivités territoriales, établissements et services, etc, c'est donner à ce projet de texte plus de chances de correspondre aux réalités des acteurs et des territoires, plus de chance d'appropriation et donc plus de chances de réussite.

Les acteurs des territoires ne peuvent plus se contenter de regarder passer le train de l'organisation et de la transformation du système de santé sans même avoir leur mot à dire. A moins de vouloir encore aggraver la crise actuelle sans en tirer les leçons.

Pour toutes ces raisons, et malgré les réserves nombreuses que suscitent non pas l'ambition de transformation de notre système de santé, mais une approche technique trop réductrice pour y parvenir, la CRSA Nouvelle-Aquitaine, par le biais de sa commission permanente, a décidé de s'autosaisir le 15 janvier 2019 et de rendre un avis dans les conditions prévues par l'article D1432-33 du Code de la santé publique.

SUR LE PROJET DE LOI DANS SA GLOBALITE

Le projet de loi comprend cinq titres :

- I - Décloisonner le parcours de formation et les carrières des professionnels de santé
- II - Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires
- III - Développer l'ambition numérique en santé
- IV - Mesures diverses
- V - Ratifications et modifications d'ordonnances

Compte tenu du délai très bref de la concertation, la CRSA Nouvelle-Aquitaine a choisi d'intervenir plus spécifiquement sur l'article 7 (projets territoriaux de santé). Auparavant, elle souhaite néanmoins formuler trois remarques.

La première porte sur le recours très important à l'autorisation de légiférer par ordonnance. Encore une fois, la CRSA peut comprendre la volonté du Gouvernement d'agir rapidement. Mais le projet de loi ne comprend pas moins de six autorisations à légiférer par ordonnance. Dès lors, la consultation sur ce projet de texte est en grande partie vidée de son sens, puisqu'il est impossible de donner un avis sur des dispositions qui restent inconnues.

Ces ordonnances portent sur des sujets de portée très variée allant de la réforme des études médicales à la e-prescription, en passant par la certification des médecins, le statut des professionnels hospitaliers, les hôpitaux de proximité ou encore le rôle des agences régionales de santé. En l'absence d'explications sur les raisons de ces recours aux ordonnances, la CRSA Nouvelle-Aquitaine s'interroge sur leur bien fondé.

Dans tous les cas, la CRSA Nouvelle-Aquitaine insiste pour que le recours aux ordonnances ne s'accompagne pas d'une concertation en amont réduite à la portion congrue. Elle considère au contraire qu'une concertation renforcée avec les professionnels concernées et plus largement les acteurs du système de santé, notamment territoriaux, est la contrepartie du recours aux ordonnances. A l'évidence, les crsa et les cts doivent être impliqués dans cette concertation, notamment dans le cadre des ordonnances prévues par l'article 8 (hôpitaux de proximité), l'article 9 (régime des autorisations) et l'article 19 (organisation et missions des ars).

La deuxième remarque de la CRSA Nouvelle-Aquitaine porte sur la simplification. En raison d'une part du recours aux ordonnances, d'autre part d'un article 18 encore à venir, il est difficile de porter une appréciation finale sur cette dimension. Le projet

territorial de santé, objet du point suivant, ne peut être considérée comme une simplification de l'organisation territoriale.

La troisième remarque concerne l'introduction de la notion de « télésoins » pour distinguer les pratiques de soins à distance des pharmaciens et auxiliaires médicaux de la « télémédecine » portant sur les soins à distance des professionnels médicaux, le tout faisant partie de la « télésanté ». Cette distinction apparaît avant tout fondée sur des considérations médico-administratives, notamment à usage conventionnel. L'organisation du système de santé, dans ses composantes sanitaire, médico-sociale et sociale, repose depuis 1945 sur une segmentation traduisant la segmentation des financeurs (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales) mais pas une logique de prise en charge globale. La distinction entre télémédecine et télésoins se situe dans cette continuité, mais pas dans celle unificatrice du parcours de soins et de communautés d'acteurs sur le terrain. On voit mal par ailleurs comment cette complexité sémantique peut être comprise par l'utilisateur confronté à l'organisation de son parcours de soins. La CRSA Nouvelle-Aquitaine recommande donc de parler uniquement de « télésoins », terme générique facilement compréhensible par tous, notamment les usagers, pour qualifier les pratiques de soins à distance, ceux-ci pouvant être effectués par des médecins ou d'autres professionnels de santé. Comme il y a aujourd'hui, par exemple, les soins médicaux et les soins infirmiers, il y aurait les télésoins médicaux et les télésoins infirmiers. Les « télésoins » sont par ailleurs une des composantes de la « télésanté ».

SUR LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE

Le Titre II du projet de loi vise à « créer un collectif de soins au service des patients et à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ». Pour y parvenir, le premier moyen évoqué est de promouvoir les projets territoriaux de santé.

Au fil des réformes successives, l'organisation territoriale est devenue de plus en plus complexe avec une multiplication des zones d'interventions et d'actions : équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale, contrat local de santé, plateforme territoriale d'appui, territoire de la démocratie en santé, groupement hospitalier de territoire, zone d'organisation de l'offre, territoire de la santé mentale, sans oublier les zonages ou les sectorisations utilisés par les collectivités territoriales, conseils départementaux notamment. La liste est loin d'être exhaustive. La plupart de ces dispositifs sont dotés d'une instance de gouvernance et d'un projet. Il en résulte une forme de balkanisation de l'organisation territoriale du système de santé qui s'ajoute à la segmentation de l'offre de prise en charge résultant très souvent de logiques administrative et financière entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales : secteur public/secteur privé, sanitaire-médico-social, offre ambulatoire/offre hospitalière, etc.

Par ailleurs, au-delà du découpage territorial, la segmentation des financements entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales favorise les jeux d'acteurs et oblige à définir sans cesse des structures de « coordination » pour dépasser cette segmentation.

Aujourd'hui, pour améliorer l'accessibilité et l'efficacité du système de santé en favorisant la coordination des acteurs et leur coopération, la CRSA Nouvelle-Aquitaine

considère qu'il faut d'abord réduire la segmentation des financements, a minima en les mutualisant et qu'il faut simplifier l'organisation territoriale pour la rendre plus lisible. Il faut lui donner plus de cohérence et il faut qu'elle favorise la coopération des acteurs.

Le projet de loi simplifie-t-il les mécanismes de financement ?

La logique de parcours de santé se heurte, on l'a dit, à la segmentation de l'offre de prise en charge, largement dépendante de la segmentation des financements héritée des choix de 1945. Plutôt que de multiplier les structures de coordination pour dépasser ces segmentations afin d'aboutir à une approche globale, la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère qu'il serait plus efficace de réduire, sinon supprimer, la segmentation des financeurs. A tout le moins, il faut constituer à l'échelle territoriale une enveloppe mutualisée unique, dépassant largement le cadre du Fonds d'intervention régional.

L'actuel projet de loi ne comporte aucune mesure de cette nature de telle sorte que la volonté des acteurs de terrain de créer des collectifs et de construire des parcours de santé globaux continuera de se heurter aux logiques financières des uns et des autres.

Le projet de loi simplifie-t-il l'organisation territoriale ?

A ce stade, la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère que les dispositions relatives au projet territorial de santé prévues dans l'article 7 ne simplifie pas l'organisation territoriale dont toutes les strates sectorielles demeurent. Qui plus est la notion de territoire est utilisée indifféremment pour des zonages d'ampleur très différente.

Le diagnostic territorial partagé, élaboré à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire défini à l'article L.1434-9 du Code de la santé publique, donnerait lieu à l'élaboration de projets territoriaux de santé qui doivent eux-mêmes définir leur « territoire ». A moins qu'il n'existe qu'un seul projet territorial couvrant l'ensemble du territoire de démocratie sanitaire, il s'agit donc en réalité de projets infra-territoriaux. Il s'ensuit que les projets « territoriaux » de santé prévus par le projet de loi ajoutent de facto un zonage à ceux existants.

Le projet de loi améliore-t-il la cohérence territoriale ?

Le projet de texte stipule qu'un projet territorial doit tenir compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire, du projet territorial de santé mentale, des contrats locaux de santé ainsi que des projets médicaux des établissements de santé privés et des établissements et services médico-sociaux. Cette rédaction traduit la préoccupation de tenir compte de l'existant, ce qui est compréhensible. Curieusement, elle ne mentionne pas les contrats territoriaux de santé prévus par l'article L1434-13 du code de la santé publique, ni les plates-formes territoriales d'appui pourtant mise en place pour aider à construire des parcours de santé. Mais paradoxalement, le « tenir compte » de la rédaction actuelle risque de facto de placer le projet territorial de santé dans une logique de plus petit commun dénominateur entre les différents

projets de santé mentionnés conçus avec les logiques spécifiques. La CRSA Nouvelle-Aquitaine a de fortes interrogations sur la possibilité d'aboutir a posteriori à la mise en cohérence de ces projets, à moins de prévoir que l'élaboration du projet territorial de santé ne s'accompagne de la redéfinition de tous les projets de santé sectoriels.

Le projet de loi facilitera-t-il la création d'un collectif de soins et la coordination des acteurs ?

Le projet territorial de santé doit permettre de décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination autour des parcours de santé dans le territoire concerné. Cet objectif ne peut que recueillir l'accord de principe de la CRSA Nouvelle-Aquitaine. Mais la CRSA souhaite attirer l'attention sur la nécessité de ne pas sous-estimer le temps nécessaire pour l'atteindre ni l'accompagnement indispensable dans ce cadre. Toutes les expériences antérieures au cours de ces dernières années, notamment les démarches de réseaux de santé, de maisons de santé, de contrats locaux de santé mettent en évidence qu'aboutir à un consensus d'acteurs et d'institutions nécessite souvent plusieurs années. Il en résulte un nombre très important de réunions, la réalisation de dossiers administratifs souvent complexes pour obtenir l'aval de l'agence régionale de la santé. Bref un investissement humain très important qui peut décourager des acteurs de terrain dont la mission est d'abord d'apporter des soins à la population. Au moment même où l'on cherche à alléger le travail administratif des professionnels de santé, il serait contre-productif d'alourdir ainsi leur emploi du temps.

De la même manière, un projet territorial de santé et une plate-forme territoriale d'appui mobilisent en grande partie les mêmes acteurs dans le même objectif de contribuer à l'organisation de parcours de santé.

Par ailleurs, même si le projet de loi soumet le projet territorial à l'approbation du directeur général de l'ars, notamment pour en vérifier la compatibilité avec le projet régional de santé, rien n'est mentionné sur l'articulation des projets territoriaux avec le zonage de l'offre défini par l'ars qui sert de support aux objectifs quantifiés de l'offre de soins dont l'articulation avec le parcours de santé est pourtant essentielle ou encore le zonage des professionnels libéraux au regard de leur densité. Rien ne permet de conclure que la mise en œuvre d'un projet régional de santé se traduira effectivement par une réduction des délais d'accès aux soins

Sur la base de l'ensemble de ces considérations, la CRSA Nouvelle-Aquitaine formule les propositions qui suivent pour une évolution du contenu de l'article 7

RECOMMANDATIONS DE LA CRSA NOUVELLE-AQUITAINE POUR UNE EVOLUTION DU CONTENU DE L'ARTICLE 7

Il existe deux approches pour favoriser la création de collectifs de soins et les parcours de santé. La première, portée par les projets territoriaux de santé, est basée sur la concertation des acteurs et la recherche de consensus sur leurs relations et les procédures à suivre. La seconde, basée sur la révolution des usages, s'appuie sur la mise à disposition d'outils partagés de coordination, dont l'utilisation massive améliore de façon pragmatique la coordination, facilite la vie des professionnels et des usagers, mais aussi provoque une évolution des relations entre acteurs et leur structuration. Ces outils peuvent être thématiques ou globaux comme une plate-forme territoriale d'appui. Ces deux approches constituent en quelque sorte la « tête » et les « jambes ». Elles sont indissociables pour progresser. La première est trop souvent hypertrophiée et la seconde absente ou réduite à la portion congrue. La première demande du temps, alors que la seconde peut apporter rapidement des réponses très concrètes aux professionnels et aux usagers. Il faut donc associer ces deux dimensions dans le titre II.

Tirer parties des expériences antérieures, notamment l'échec du déploiement des réseaux de santé, conduit à considérer que la meilleure manière d'amener à grande échelle les acteurs territoriaux à créer des collectifs de soins et des projets territoriaux de santé est de leur en donner l'envie en favorisant d'emblée, y compris financièrement, l'utilisation d'outils de coordination et de simplification, même partielles, leur procurant de façon pragmatique et agile des bénéfices rapides dans leur pratique et pour leurs patients. En d'autres termes, et sans doute d'une façon qui nous est moins naturelle, il ne s'agit plus de commencer par la théorie, où tout le monde doit se mettre d'accord sur tout ou presque avant de passer à la pratique, mais de créer des processus interactifs entre pratique et théorie.

Sur la base de ces expériences et de celle de ses membres, acteurs du système de santé régional, la CRSA Nouvelle-Aquitaine, après avoir consulté les CTS de la région, formulent donc les recommandations suivantes :

1°) Sans attendre l'existence d'un projet territorial de santé, permettre à tous les acteurs, publics et privés, ambulatoires ou hospitaliers, sanitaire ou médico-sociaux, d'accéder rapidement à des outils communs de coordination et de simplification pour construire des parcours de santé autour des patients, en mettant à leur disposition au minimum une plate-forme territoriale d'appui par territoire de démocratie sanitaire prévu au 1° de l'article 1434-9 du code de la santé publique mais aussi en facilitant leur accès à des outils spécifiques mis au point pour répondre à leurs besoins.

2°) Simplifier les dispositifs d'appui et de coordination en les unifiant dans une logique transversale et de guichet unique, encourager les acteurs des territoires à simplifier leurs procédures et leur donner des possibilités de simplification administrative.

3°) Ne pas faire de l'existence d'un projet territorial, la condition pour accéder aux outils de la coordination et de simplification, mais au contraire, s'appuyer sur les usages pour faire de l'utilisation d'outils partagés, le point d'appui d'une volonté commune se finalisant ensuite dans un projet territorial de santé.

4°) Pour ne pas complexifier l'organisation territoriale tout en profitant des logiques de concertation ayant déjà eu lieu, transformer d'emblée en projets territoriaux de santé les contrats locaux de santé déjà conclus par les ars conformément au IV de l'article L1434-10 du code de la santé publique ainsi que les contrats territoriaux de santé conclus par les ars conformément à l'article L1434-13 du code de la santé publique.

5°) Inscrire explicitement le ou les dispositifs d'appui et de coordination dans le champ des projets territoriaux de santé

6°) A l'occasion de l'élaboration d'un projet territorial de santé, ne pas se limiter au « tenir compte » mais prévoir l'évolution des différents projets de santé existants dans le territoire concerné dans une perspective de mise en cohérence globale.

7°) Dans une logique coordonnée au niveau régional, après avis des instances de démocratie sanitaire, doter les projets territoriaux de santé de moyens financiers dans le cadre d'une enveloppe unifiée ou mutualisée, permettant aux acteurs d'avoir une négociation financière unique.