

Conseil Territorial de Santé des Yvelines du 10 avril 2018

COMPTE-RENDU

1) Introduction par le Président du Conseil Territorial de Santé :

Le Président débute la séance par deux points d'actualité :

- Conformément à la décision prise lors de la dernière en réunion plénière, le CTS a déposé un dossier de candidature pour la mise en place d'un accueil centralisé des plaintes et des réclamations, au niveau des territoires, par le Conseil Territorial de Santé. Ce dernier est en attente de réponse.
- Emmanuel Hirsch et son équipe interviendront lors du prochain Conseil Territorial de Santé le 15 mai, dans le cadre de la réflexion éthique dans la pratique professionnelle.

M. Pulik présente brièvement les deux orateurs invités pour ce Conseil Territorial de Santé. Dans un premier temps, l'intervention du Professeur Norbert IFRAH, Président de l'INCa, Institut National du Cancer, et successeur de Madame Agnès Buzyn à cette fonction. Norbert IFRAH est un grand médecin qui possède avant tout des qualités humaines. A la Direction de l'INCa, il a un rôle très important dans la politique de santé et il partagera, le temps de cette réunion plénière, sa vision nationale.

Dans un deuxième temps, le Professeur Philippe Rousselot, hématologue, chef de service à l'hôpital de Versailles, qui a organisé la prise en charge du cancer et de l'hématologie au niveau des Yvelines, interviendra pour présenter ce dispositif très innovant et très efficace.

2) Les missions de l'Institut National du Cancer, orientations nationales, présentées par le Professeur Norbert IFRAH, Président de l'INCa

Cf. présentation jointe

En France, 400 000 nouveaux cas de cancers ont été détectés en 2017 (214 000 chez les hommes et 186 000 chez les femmes). Ces chiffres se stabilisent depuis 2005 mais le nombre de cancers en prévalence continue de progresser, notamment pour les raisons suivantes : l'augmentation et le vieillissement de la population, la meilleure survie des patients atteints de cancer. Une famille sur trois est concernée par un cancer.

On estime à 150 000 le nombre de décès en 2017, dont 80 000 décès évitables : l'élément comportemental est un facteur important et à ne pas négliger.

Des diagnostics plus précoces, des traitements plus efficaces ont permis la diminution globale du risque de mourir d'un cancer.

L'action de l'INCa résulte avant tout d'une volonté politique, traduite par la mise en place de 3 plans présidentiels : de 2003 à 2007, de 2008 à 2013 et de 2013 à 2019.

Les missions de l'INCa sont les suivantes :

- Une approche globale du cancer
- Stimuler l'innovation et en promouvoir l'accès
- Piloter et coordonner les actions et les acteurs
- Produire des expertises et recommandations (décideurs et professionnels)
- Animer les organisations territoriales
- Analyser les données pour mieux orienter l'action
- Diffuser les connaissances

2

Concernant la guérison des cancers, très souvent, à un moment lié à la compréhension de la physiopathologie de la maladie ou à un médicament commercialisé, ce qui paraissait totalement incurable va devenir très largement curable et parfois même complètement.

Pour comparaison, le coût moyen d'un traitement en chimiothérapie est de 50 000€/an/patient, le coût moyen d'une immunothérapie est de 70 000€/an/patient, et le coût moyen d'un traitement par le Car-T est de 400 000€/an/patient.

Le Car-T est un organisme génétiquement modifié, dont la partie qu'il reconnaît comme étrangère va repérer la cellule cancéreuse et la détruire. C'est un mécano biologique extrêmement sophistiqué, très long à fabriquer mais qui a permis des résultats absolument stupéfiants chez des malades considérés comme condamnés.

Les grands essais cliniques d'aujourd'hui sont incomplets. Il faut réinventer des essais cliniques adaptés aux nouveaux savoirs, enseigner ces méthodologies de nouveaux sujets y compris aux agences et comités de protection des personnes qui sont en charge de les appliquer.

Question :

Dans les 50% de cas de guérisons de cancers, les cancers cutanés sont-ils inclus ?

Réponse :

Non, il s'agit de 50% de guérisons de cancers, hors cancers cutanés non métastatiques.

Question :

80 000 cancers pourraient être évités, cela veut donc dire que la prévention n'a pas été efficace pour ces personnes. Existe-t-il, au niveau de l'INCa et parmi les travaux qui sont regroupés au niveau national, des stratégies de communication afin d'inciter les non récepteurs de messages de prévention à s'impliquer davantage ?

Réponse :

Il faut mesurer et être modeste quant aux moyens détenus par la puissance publique comparativement à ceux des fabricants de tabac ou des alcooliers par exemple.

L'INca travaille beaucoup avec Santé Publique France, toutes ces actions sont coordonnées. Des campagnes sont co-financées, co-labellisées. L'idée est d'expliquer aux gens la prévention. Nous essayons de simplifier les messages sur les recommandations alimentaires. Concernant Alcool tabac, de vives réactions ont éclaté de la part des vignerons, suite à une campagne de l'INCa. Nous

mettons en place des cellules de communication, nous travaillons avec des agences, et ce de façon coordonnée.

Il faut savoir que le budget annuel communication/publicité de l'industrie du tabac est environ trois fois celui du budget total de l'INCa.

Question : On constate que des médicaments obtiennent des AMM qui, au moment de bénéficier d'un prix, se le voit refuser. On a offert à des patients des traitements qui ont été efficaces et subitement les patients n'ont plus accès à ces traitements.
Quelle est la réaction de l'INCa face à cette situation ?

Réponse :

L'INCa n'est pas consulté quant à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments, mais le Ministère est alerté de cette situation. Notre position est celle de la recommandation d'utilisation, une fois qu'un médicament a obtenu son AMM et son prix. En amont ce n'est pas l'INCa qui gère cela.

Les améliorations du service médical rendu ont été créées dans le but de trouver un prix et malheureusement ils sont utilisés pour mettre sur la liste en sus. Elles n'ont pas du tout été conçues pour cela. C'est par conséquent une très mauvaise utilisation d'un indicateur qui avait un intérêt, et qui devient non performant.

Question :

Concernant le dépistage des cancers, est-il envisagé la possibilité d'envoyer directement aux patients le test immunologique pour le cancer colorectal ?

Réponse :

L'idéal c'est la remise en main propre du test par le médecin traitant. Des expérimentations en cours démontrent un bénéfice significatif lorsque les pharmacies le proposent, dans des régions où les médecins traitants viennent à manquer. Nous sommes en cours de négociation avec l'assurance maladie : les malades pourraient recevoir le test à domicile à la première invitation, puis à la deuxième invitation et ensuite seulement s'ils en font la demande. Aujourd'hui, l'envoi des tests représente un coût, par conséquent il est distribué par le médecin traitant. Il devrait être également distribué en expérimentation dans les pharmacies, par les gastroentérologues et sera disponible avec les premiers envois d'assurance maladie.

Question :

Concernant les chimiothérapies per os, où en est-on ? Quelle est la part de chimiothérapie qui pourrait être réalisée sans hospitalisation de jour ? Quelle est l'évolution possible ou visible sur plusieurs années ?

Réponse :

Il y a un an, l'INCa a rendu un rapport détaillé téléchargeable sur le site internet.

Aujourd'hui, les malades sont hospitalisés pour des immunothérapies, des complications des immunothérapies et d'autres modèles de chimiothérapies, ce qui a généré de la charge de travail supplémentaire. A ce jour, 40% d'entre eux ont déjà reçu des traitements ambulatoires oraux à domicile, mais il s'agit notamment d'un complément de traitement et non le remplacement complet de ce dernier (ex : complément d'entretien pour réduire le risque de rechute).

Question :

A propos des thérapies orales, on sent bien que l'on n'est pas assez nombreux mais on assiste à une forte poussée d'un certain nombre de confrères, spécialistes, parfois chirurgiens, qui se sentent capables de prescrire ces traitements. Or ce sont tout de même des traitements dangereux, qui nécessitent une expérience et une gestion des effets secondaires. Il est indispensable de préserver l'avis oncologique sous peine d'avoir un taux de complication très élevé et inacceptable. Qu'en pensez-vous ?

Réponse :

En effet, la plupart de ces confrères n'ont aucune idée de ce qu'est la chimiothérapie moderne. Si le médecin a passé la FST, qu'il est en possession du diplôme, validé par un oncologue médical et par un urologue, il n'y a pas forcément d'inquiétude à avoir mais s'autoproclamer n'est pas forcément une solution. Les critères d'autorisation pour l'administration vont tendre vers des regroupements de lieux où il y a suffisamment d'infirmières expérimentées afin de ne pas risquer d'injecter le mauvais produit au patient. Notre position à l'INCa est très simple, notre rôle est de protéger les malades.

Question :

Et si demain l'intelligence artificielle était en mesure d'assimiler tous les protocoles sur une maladie donnée, et de donner la réponse à l'urologue « touche à tout » ?

Réponse :

L'intelligence artificielle ne peut donner que ce qu'on veut y mettre. A un moment donné il faudra bien qu'une personne s'en préoccupe. C'est un outil que l'on va apprendre à maîtriser. Un malade recevant un traitement et qui est victime d'une complication prévisible, doit pas avoir à supporter 6 heures d'attente aux urgences ou être confronté à un praticien qui sait prescrire mais qui ne sait pas forcément gérer les effets secondaires. L'intelligence artificielle va aider les médecins encore faut-il ne pas penser que tout est acquis.

3) L'organisation territoriale de l'hématologie oncologique dans le département des Yvelines, présentée par le Professeur Philippe ROUSSELOT, Hôpital André Mignot

Cf. présentation jointe

M. Rousselot rappelle l'organisation territoriale en hématologie et oncologie, au sein des 4 établissements publics (GHT Nord et GHT Sud) :

- Le CHI de Poissy St Germain (HDJ 15 places, service 15 lits)
- Le CH de Mantes-la-Jolie (15 places HDJ, hospitalisation en médecine)
- Le CH de Versailles (HDJ 15 places, service HU, 32 lits dont 15 lits de SI hémato)
- Le CH de Rambouillet (HDJ et hospitalisation en médecine)

Ces 4 établissements publics réalisent 70% des chimiothérapies en séances du territoire, ce qui représente environ 18 000 séances de chimiothérapie ambulatoire par an.

M. Rousselot évoque le projet de « Maison de l'oncologie des Yvelines » qui a pour objectifs de :

- Rendre visibles les filières de soins en oncologie dans les Yvelines
- Appliquer une graduation des prises en charge pour l'oncologie médicale publique
- Renforcer les équipes d'oncologie médicale et chirurgicale
- Guider la prise en charge par une logique territoriale et de recours

Ce projet manque de ressources humaines mais également en termes de moyens et de supports.

M. Rousselot précise que la mise en place d'un modèle intégré en hématologie était simple pour le département des Yvelines (peu d'acteurs, discipline très hospitalière) mais cela risque d'être plus compliqué dans le domaine de l'oncologie. La première étape serait alors de mettre en place une plateforme de coordination des filières de soins.

Question :

Est-ce que ce que la mise en place de cette organisation départementale permet de réduire le taux de fuite des patients, qui naturellement, du fait de la proximité de Paris, auraient tendance à consulter plutôt à Paris même ?

Réponse :

Concernant l'hématologie, je peux vous le confirmer. En revanche, concernant l'oncologie, c'est différent. Si l'on proposait aux établissements disposant d'une forte visibilité sur l'oncologie, ce qui est une chance, de travailler avec eux sur le long terme sur l'accès à l'innovation, sur des plateformes, ils seraient très intéressés et chacun y gagnerait.

Aujourd'hui nous pouvons mieux faire que ce que l'on fait à l'heure actuelle.

M. Pulik remercie M. ROUSSELOT pour son travail sur la structuration sur l'hématologie. Cela répond exactement aux attentes de l'Agence Régionale de Santé. Ce modèle concernant l'hématologie a réussi en raison : d'une part par la présence d'un établissement leader incontesté et d'autre part, d'une manière de gérer les partenaires qui a permis que tout se passe pour le mieux.

M. Pulik propose deux pistes de travail pour avancer sur le projet de maison de l'oncologie : tout d'abord, la mise en relation avec le Service universitaire de Versailles pour une demande de poste d'assistant partagé. L'ARS financera ce poste à hauteur de 60%. En termes de procédure, un dossier est à déposer courant mars afin d'effectuer une demande auprès de l'ARS pour une prise de fonction en novembre.

Ensuite, la deuxième proposition consisterait en un financement, sur le Fonds d'Intervention Régional, dont l'objet serait « comment construire une équipe territoriale en oncologie avec une étude sur la réduction des taux de fuites et sur l'amélioration du parcours ». L'ARS pourrait alors financer du personnel comme par exemple un attaché de recherche clinique, une infirmière de coordination selon les besoins.

En effet, l'ARS a pour souhait et objectif la pérennité de l'oncologie médicale sur le département des Yvelines.

Réponse :

Un des nœuds du problème c'est en effet la ressource médicale, qui reste complexe. Pour autant nous avons des internes, venus se former dans le service et j'ai confiance en ce travail des jeunes qui nous permettra de progresser. Nous sommes prêts à upgrader de jeunes collègues, qui ont été formés, ayant travaillé dans le service et qui sont prêts à revenir car ils ont apprécié le travail d'équipe et la possibilité de faire plus que du soin. Cette ressource, nous pouvons en effet la trouver mais il faudrait alors prioritairement initier le processus.

Si l'on regarde ce projet, notre demande en ressource ne concernant pas tant le plan médical. Il s'agirait plutôt d'une ressource en infirmière de coordination ou en secrétaire afin de permettre la construction des filières car il y a un travail d'enquête important.

M. Cuisigniez conclut la séance plénière en rappelant quelques informations précises quant aux financements du Conseil départemental, votés il y a quelques mois, pour l'aide à la construction de cabinets regroupés :

- La date limite du dépôt de dossier est fixée à fin juin ;
- Le Conseil Départemental met à disposition des projets éligibles une enveloppe de 18 millions d'euros ;
- Tout projet de construction de structures regroupées ambulatoires est recevable ;
- Aucun label MSP n'est exigé ;
- Le portage foncier doit être effectué soit par une commune (financement d'un prêt à taux 0 à hauteur de 2 M€) soit par le Conseil Départemental lui-même : ce dernier accepte de construire et financer entièrement un bâtiment dont il serait propriétaire et mettrait à disposition les locaux, en location, à des tarifs extrêmement bas ;
- Entre 10 et 15 projets seront éligibles ;
- Une aide, à hauteur de 30 000€/an, sera allouée une fois la structure créée, pour le fonctionnement (secrétariat) pendant les trois premières années d'ouverture.

Le Président remercie tous les participants pour cette présentation.