

THINK TANK
ÉCONOMIE SANTÉ

Transformation
du système de santé

La gouvernance doit
être plus efficace
et plus lisible



*Comment tirer les leçons
de la pandémie de coronavirus*

UNE PRODUCTION

Les Echos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS



LE THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

Le Think Tank Économie Santé, développé par Les Echos Le Parisien Evénements, en collaboration avec Philippe Leduc, publie chaque année une recommandation issue de ses travaux.

Ce groupe de réflexion dédié à l'économie de la santé s'inscrit dans le prolongement des conférences annuelles des Echos Le Parisien Evénements.

LES OBJECTIFS DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

Apporter une contribution concrète et pragmatique en s'appuyant sur une démarche originale et transversale. En se focalisant sur le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et opérateurs pour une meilleure qualité des soins, un réel accès aux soins pour tous et une optimisation des dépenses.

L'originalité du Think Tank Économie Santé repose sur la qualité des membres de son comité. Ils sont, bien sûr, experts du système de soins, mais aussi, et surtout, d'horizons différents, ce qui garantit la qualité et l'indépendance de la démarche.

LE THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ :

- est indépendant et ouvert sur la société;
- s'appuie sur des travaux de recherche;
- se situe dans une perspective d'intérêt général, ce dernier ne se réduisant pas à une alliance d'intérêts particuliers;
- produit des recommandations;
- s'inscrit dans le temps;
- médiatise largement ses conclusions, notamment lors des conférences des Echos Le Parisien Evénements et sous différentes formes, papier et électronique.

UN BLOG POUR ÉCHANGER ET DÉBATTRE

www.thinktank-economiesante-blog.fr

Le blog du Think Tank Économie Santé est un lieu de débats et de propositions pour enrichir la connaissance et la réflexion de chacun. Sur ce blog, les travaux du Think Tank sont soumis à la discussion.

Sur le blog du Think Tank Économie Santé sont également publiés régulièrement des billets sur l'actualité du secteur, avec le plus souvent le document concerné en lien pour faciliter l'appropriation de la thématique et les prises de position.

SOMMAIRE

LES MEMBRES DU THINK TANK 4

Personnalités invitées et remerciements 6

LA RECOMMANDATION 2020 7

Transformation du système de santé La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible

Introduction 8

1) Le ministère des Solidarités et de la Santé doit redonner du sens au débat public sur la politique de santé, au-delà du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, et se réorganiser 12

2) Unifier la gouvernance du système de santé 14

3) Décloisonner l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, bras armé de la gouvernance 16

4) Déconcentrer fortement 17

5) Décloisonner les formations des professions de santé et celles des administratifs 20

6) Gouverner avec les citoyens (usagers, patients, malades, etc.) 20

7) Transformer le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en Haut Conseil de la prospective en santé 22

CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES ET DES INVITÉS DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 23

LES RECO DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 2012-2019 33



Jean-Philippe ALOSI
Directeur des affaires publiques et gouvernementales, **AMGEN**



Christian ANASTASY
Expert



Aurélie ANDRIEUX-BONNEAU
Directrice des affaires publiques et de la communication, membre du comité de direction, **ABBVIE FRANCE**



Isabelle HÉBERT
Directrice générale, **MGEN**



Roxane HELLANDSJÖ-PROST
Présidente, **ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (ANEMF)**



Élisabeth HUBERT
Présidente, **FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)**



Martine Aoustin
Ancien Directeur général, **ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON**



Cédric ARCOS
Directeur général adjoint, **RÉGION ÎLE-DE-FRANCE**; ancien délégué général adjoint, **FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)**



Michel BALLEREAU
Président du comité stratégique santé - action sociale, **AFNOR NORMALISATION**



Félix LEDOUX
Président, **FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS (FNESI)**



Olivier LE PENNETIER
Praticien hospitalier, **SAMU DE PARIS**



Emanuel LOEB
Président, **JEUNES MÉDECINS**



Anne-Françoise BERTHON
Expert innovation, **MINISTÈRE DE LA SANTÉ**



Gilles BONNEFOND
Président, **UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE (USPO)**



Jean-Baptiste BONNET
Endocrinologue



Adrien MICHAUD
Head of Market Access & Public Affairs, **PHILIPS**



Étienne MINVIELLE
Professeur, **ÉCOLE POLYTECHNIQUE-CNRS & GUSTAVE ROUSSY**



Ludovic MOY
Gynécologue, spécialisé en infertilité



Jean BOURHIS
Directeur des opérations institutionnelles et économiques, **NOVARTIS**



Vincent BOUVIER
Président-directeur général, **VIDAL**



Brigitte CALLES
Directrice générale, **FERRING**



Béatrice NOËLLEC
Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale, **FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



Jean-Paul ORTIZ
Président, **CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**



Michel PAOLI
Directeur médical santé, **GROUPE IMA**



Michel CAZAUGADE
Président, **GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ**



Jean-Michel CHABOT
Universitaire



Laurence COMTE-ARASSUS
Présidente, **MEDTRONIC FRANCE**



Valérie PARIS
Économiste senior, **ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)**



Benoît PÉRICARD
Associé, directeur du secteur santé, **KPMG**



Antoine PERRIN
Directeur général, **FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)**



David CORCOS
Président, **PHILIPS FRANCE**



Michel COUHERT
Directeur de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours, **FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)**



Guillaume DEDET
Analyste des politiques de santé, **ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE)**



Dominique POLTON
Ancienne présidente, **INSTITUT NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ (INDS)**



Étienne POT
Médecin addictologue, médecin de santé publique



Gérard RAYMOND
Président, **FRANCE ASSOS SANTÉ**



Anne-Aurélien EPIS DE FLEURIAN
Directrice de l'accès au marché, **SYNDICAT NATIONAL DE L'INDUSTRIE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES (SNITEM)**



Claude ÉVIN
Avocat



Félix FAUCON
Responsable de la mission « Fonds européens » de l'IGAS, **INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)**



Noël RENAUDIN
Expert



Pascale SAUVAGE
Directrice adjointe, **AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ (ANS)**



Emilie SCHÄLLEBAUM
Directrice des affaires gouvernementales, **GILEAD**



Pascale GELIN
Directrice des affaires publiques en territoires, **NOVARTIS**



Olivier GOËAU-BRISSENIÈRE
Président, **FÉDÉRATION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES (FSM)**



Basile GORIN
Directeur des affaires publiques, **MEDTRONIC FRANCE**



Christine SCHIBLER
Déléguée générale, **FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



Alexis THOMAS
Directeur de cabinet, **FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE (FHF)**



Valéry TROSINI-DÉSERT
Médecin pneumologue, **GROUPE HOSPITALIER DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE (AP-HP)**



David GRUSON
Directeur du programme santé Jouve; fondateur, **ETHIK-IA**; membre du comité de direction de la Chaire santé, **SCIENCES PO PARIS**



Caroline GUÉRIN
Vice-présidente chargée de l'industrie, **ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE DE FRANCE (ANEFP)**



Jean-Paul HAMON
Président, **FÉDÉRATION DES MÉDECINS DE FRANCE (FMF)**



Direction et animation :
Philippe LEDUC
Directeur, **THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ**



Gestion de projet :
Laëtitia DE KILKHEN
Responsable de projet, **LES ECHOS LE PARISIEN MÉDIAS**



PERSONNALITÉS INVITÉES



Dominique COLAS
Président,
ASSOCIATION NATIONALE DES
CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX ET
DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ



Frédéric COLLET
Président,
LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT
(LEEM)



Cécile COURRÈGES
Ancienne Directrice générale de la
Direction générale de l'offre de soins,
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE
LA SANTÉ



Thomas MESNIER
Député de la Charente



Nicolas REVEL
Directeur général,
CAISSE NATIONALE DE
L'ASSURANCE MALADIE



Éric TROTTMANN
Conseiller pour les affaires sociales,
la santé et l'emploi,
AMBASSADES DE FRANCE EN SUÈDE,
AU DANEMARK, EN NORVÈGE ET EN
FINLANDE

REMERCIEMENTS

Merci aux personnalités ci-dessus, qui ont accepté de participer à une réunion du Think Tank Économie Santé et de répondre à toutes nos questions après un exposé préliminaire sur la gouvernance en santé.

Merci également aux Echos Études, pour leur remarquable documentation, et à Hospimedia, source d'informations aussi précieuses qu'exhaustives.



LA RECOMMANDATION 2020

Transformation du système de santé La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible

1) Le ministère des Solidarités et de la Santé doit redonner du sens au débat public sur la politique de santé, au-delà du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, et se réorganiser

La gouvernance doit être avant tout lisible. Le ministère, en parallèle du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), aura pour mission de présenter et de débattre de ses objectifs de santé publique et d'organisation de l'offre de soins de façon claire. Il ne se cantonnera pas à une vision perçue comme uniquement financière. Dans ce but, il poursuivra, accélérera sa mue et renforcera son management pour clarifier son fonctionnement et les responsabilités de chaque direction, en veillant à préserver un équilibre entre elles pour que l'objectif financier soit à sa juste place.

2) Unifier la gouvernance du système de santé

Pas de gouvernance unique, mais la création d'une unification de la gouvernance en réunissant les opérateurs, pour favoriser les regards croisés, puis les décisions partagées avec des objectifs précis, comme le décloisonnement des professionnels ou les tarifs, qui sont aujourd'hui négociés en ville indépendamment de l'hôpital et inversement. La classification commune des actes médicaux (CCAM) a justement pour objet d'unifier la tarification des activités identiques en ville et à l'hôpital. La révision de la CCAM clinique, toujours reportée, doit devenir une priorité et être effectuée sans plus attendre.

3) Décloisonner l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, bras armé de la gouvernance

Redonner du sens à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour en faire un outil efficace de gouvernance, en le refondant sur une approche plus intégrative de la dépense de santé, pour accompagner la transformation du système de santé et non pas figer l'existant. Sortir de la logique ville-hôpital dans sa structuration pour responsabiliser les acteurs, quitte à prendre un risque financier limité inhérent à toute modification de méthode.

4) Déconcentrer fortement

Déconcentrer fortement en facilitant les démarches plutôt que décentraliser, ce qui ne pourra être envisagé que dans un second mouvement, tant les contraintes administratives sont fortes (ne serait-ce que les tarifications des professionnels et la valeur des actes, le financement, etc.). Renforcer l'autonomie, la capacité d'agir et les moyens des agences régionales de santé (ARS). Impliquer et responsabiliser franchement les élus locaux en leur donnant une place de choix au sein des ARS.

5) Décloisonner les formations des professions de santé et aussi des administratifs

La gouvernance est éclatée et les professionnels sont isolés. Tout l'enjeu, c'est qu'une gouvernance regroupée puisse s'adresser à des acteurs solidaires pour un même objectif, et donc formés et connaissant le métier des uns et des autres. Mixer davantage les formations médicales, paramédicales et administratives de santé.

6) Gouverner avec les citoyens (usagers, patients, malades, etc.)

Accompagner activement l'implication croissante des patients dans le système de santé, pour les associer à la gouvernance.

7) Transformer le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en Haut Conseil de la prospective en santé

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) doit être officiellement reconnu comme le lieu de débat sur l'avenir du système de santé et non plus via le prisme réducteur de l'assurance maladie, en devenant le Haut Conseil de la prospective en santé (HCPS), qui veillera à ce que ses recommandations soient largement médiatisées pour renforcer le débat public et faciliter les prises de décision.

Téléchargez la Recommandation 2020 sur : www.thinktank-economiesante.fr





INTRODUCTION

Pas de transformation du système de santé sans réforme de la gouvernance

La Reco 2020 a été élaborée de mai 2019 à février 2020, c'est-à-dire avant que la pandémie de coronavirus ne prenne l'ampleur dramatique que l'on connaît en France.

Mais elle s'inscrit parfaitement dans les réflexions de l'après coronavirus pour que la décision politique soit plus efficace, lisible, collective et prospective.

Les difficultés actuelles du système de santé ont des origines multiples. Les rapports, réformes, lois santé n'ont pas manqué depuis vingt-cinq ans, les dépenses de santé sont importantes; pourtant, le système de santé est sous tension et jamais les revendications n'ont concerné autant de secteurs de la santé. Les professionnels sont harassés et les usagers ont le sentiment, pour 65 % d'entre eux, que le système de santé s'est dégradé⁽¹⁾, même si la France présente de réels atouts.

Une nouvelle loi santé a été votée en 2019, dix ans après la loi HPST et seulement trois ans après la loi de modernisation de notre système de santé. En 2018, les pouvoirs publics ont engagé une profonde réforme du système de santé – Ma santé 2022 –, qui se veut pragmatique et globale, faisant fi des structures pour se focaliser sur un objectif d'adaptation des organisations aux besoins de santé des Français.

Les pouvoirs publics ont entrepris cette vaste refonte sans toutefois revoir la gouvernance, estimant que les réflexions sur celle-ci ne feraient que retarder le rythme des réformes. Or, aujourd'hui, il s'avère que c'est là le chaînon manquant, et de fait le plus important, car il conditionne tous les autres. C'est là où le bât blesse, car une telle refonte nécessite que tous les leviers soient actionnés dans le même sens et que la gouvernance soit au cœur de la dynamique, pour donner l'exemple de la cohérence et par là même bâtir un cadre structuré sans injonction contradictoire ni confusion des rôles.

Sans réforme de la gouvernance persisteront des freins majeurs, des dyarchies, des fractures ou des déséquilibres handicapants, même si des rustines sont mises çà et là. Les plus flagrants sont bien connus :

- le partage des rôles respectifs de l'État et de l'Assurance maladie;
- la confusion des rôles de l'État, à la fois régulateur (en principe impartial) du système et gestionnaire de l'hôpital public;
- le cloisonnement entre les soins de ville et l'hôpital;
- la rigidité de la fonction publique hospitalière;
- le poids des politiques nationales sur les initiatives territoriales;
- les hésitations entre décentralisation ou déconcentration;

- l'absence de fluidité entre les secteurs sanitaire et médico-social;
- le manque de données solides pour étayer et accompagner les réformes;
- le financement de la dépendance et du médico-social, écartelé entre l'Assurance maladie et les Départements;
- le choc des cultures entre les administrations et les professionnels de santé;
- la formation insuffisamment coopérative des professionnels et des administratifs;
- les difficultés à répondre aux demandes des patients, réclamant plus d'information et de transparence.

La Reco 2019 du Think Tank Économie Santé sur la « pertinence en santé » est emblématique à cet égard. Depuis plus de vingt ans, nombre de mesures ont été prises d'en haut pour améliorer la pertinence. L'enjeu est de taille : moins de risques pour les patients et une économie potentielle de 40 milliards à 60 milliards d'euros. Mais les résultats sont nettement insuffisants. L'une des causes majeures de ces insuffisances tient aux relations entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé, qui ne reposent pas sur une gouvernance adéquate pour, en particulier, adapter la formation initiale et continue des professionnels de santé, les modes de rémunération et l'information des patients.

Ainsi, pour l'ensemble du système de santé, le manque de cohérence et de vision partagée dans la gouvernance empêche de trouver des solutions satisfaisantes, en dépit d'efforts importants et de moyens financiers notables, mais mal répartis, pour l'accès aux soins, les déserts médicaux, l'engorgement des urgences, la coordination des soins, la pertinence et la qualité des soins, la lutte contre les inégalités sociales de santé, la prévention et l'essor du numérique en santé. Pour les mêmes raisons, les expérimentations types PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ou TSN (territoire de soins numérique), malgré une forte énergie dépensée, se soldent par des résultats décevants.

Certes, les pouvoirs publics ont identifié ces carences et commencent à y remédier, mais encore timidement. Les expérimentations dites « article 51 » (innovation

organisationnelle avec dérogation au Code de la sécurité sociale) rénovent la gouvernance en associant étroitement le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance maladie. Autre exemple : les deux délégués ministériels chargés de la stratégie du numérique en santé lancée en avril 2019 conceptualisent la notion de « gouvernance inversée », qui vise, à partir d'un socle défini par les pouvoirs publics, à laisser la plus grande latitude aux professionnels et aux opérateurs. Enfin, une réunion est organisée tous les lundis avec la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, consciente du besoin de coordination au sein de son ministère entre les différentes directions et avec l'Assurance maladie.

La gouvernance devrait être rénovée pour agir comme un facilitateur plutôt qu'un frein aux nécessaires adaptations. L'objectif est clair : adapter le système de santé avec les professionnels ainsi que les patients et les citoyens, pour répondre aux enjeux de la transition démographique, des révolutions technologiques et numériques, et des impératifs écologiques. Les réalisations depuis plus de vingt ans ne sont pas à la hauteur de ces défis, car elles ont été mal conçues, mal comprises et mal appliquées, par un manque de cohérence depuis l'amont, par défaut d'une bonne gouvernance.



GOVERNANCE, UN DÉBAT ANCIEN

« Ces débats sur la gouvernance ne sont pas récents, rappelle Dominique Polton, dans un article de 2017⁽²⁾, même si l'abord de ces questions a évolué au fil du temps et des réformes. En 2002, le ministre de la Santé Jean-François Mattei avait réuni un groupe de travail ayant pour mission "d'établir un état des lieux partagé des relations entre l'État et l'Assurance maladie et d'étudier la nature des missions des différents acteurs de notre système de santé et d'assurance maladie, avec l'objectif de faire apparaître les axes d'une nouvelle gouvernance de l'Assurance maladie". Le rapport de Rolande Ruellan, chargée d'animer ce groupe de travail, faisait le constat que les tentatives qui s'étaient succédé jusqu'alors pour mieux articuler les responsabilités (plan Juppé, tripartisme dans les négociations conventionnelles, objectif de dépenses déléguées) n'avaient pas été couronnées de succès. Deux ans plus tard, le ministre de la Santé alors en poste, Xavier Bertrand, présentait la loi de 2004 sur la réforme de l'assurance maladie en ces termes : "L'enchevêtrement des acteurs concernés et des compétences entraîne une déresponsabilisation aux conséquences néfastes. Plus personne ne sait plus qui fait quoi, qui est responsable de quoi et devant qui. [...] Il nous faut donc réorganiser en profondeur notre système en clarifiant les responsabilités de chacun des acteurs." La loi de 2004 a effectivement instauré une nouvelle gouvernance, renforçant les

responsabilités de l'Assurance maladie tout en limitant les pouvoirs des partenaires sociaux. Elle a été très vite suivie d'une autre loi (Hôpital, patients, santé et territoires) qui a, à nouveau, réorganisé le paysage institutionnel, cette fois en renforçant le pouvoir de l'État et en confiant aux agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées un pouvoir unifié de pilotage du système de santé dans les territoires. »

Cette complexité du pilotage n'est pas une spécificité française. Nos voisins n'ont pas de gouvernances simples, lisibles et globalement plus efficaces pour piloter le système. Les partages de responsabilités sont plus ou moins complexes dans tous les pays, et même les systèmes qui apparaissent simples, comme le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni (universel, financé essentiellement par l'impôt, avec un accès gratuit des résidents à une offre de soins publique), se sont complexifiés.

Il n'y a pas de modèle miracle, mais il n'en demeure pas moins que la gouvernance du système de santé français doit être plus cohérente, tout en tenant compte de la pluralité des acteurs et des objectifs multiples : qualité, équité, efficacité et soutenabilité financière. Elle se doit aussi de préserver sa capacité d'évoluer.

(1) Sondage BVA pour Les Contrepoints de la santé, juin 2018.

(2) Polton (Dominique), « La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale », Regards, n° 52, École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S), 2017/2, p. 175-185.





PAS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ SANS RÉFORME DE LA GOUVERNANCE

Comme pour toute approche systémique, la première question à poser est : réformer la gouvernance du système de santé, pour quoi faire ?

Les travaux précédents du Think Tank Économie Santé ont souligné le caractère excessivement hospitalo-centré du système français, comparé aux pays de même niveau, et son retard en matière d'intégration des soins primaires. Le poids de l'hôpital se traduit aussi dans l'organisation de la gouvernance : l'État est à la fois le régulateur global et le gestionnaire de l'hôpital public, y compris au niveau des ARS, dont le directeur général exerce la tutelle sur les hôpitaux.

L'impartialité et donc la légitimité de la régulation s'en trouvent affectées.

La régulation elle-même est éclatée, avec une superposition de compétences, y compris au sein de l'appareil d'État, génératrice de rivalités institutionnelles qui se traduisent par des pertes de temps et de ressources.

Dès lors, la clarification des rôles des différentes entités qui assument la régulation du système de santé et leur répartition, à même d'éviter les conflits d'intérêts, constitue la finalité d'une nouvelle organisation de la gouvernance.

Mais attention, cette vision se heurte immédiatement à deux écueils majeurs :

- la tentation du Grand Soir, illusoire et démobilisatrice ;
- le risque de déstabiliser toute une organisation où chacun, pendant des années, s'interrogera aussi sur son devenir personnel, paralysant de fait le fonctionnement des services. Ceux qui ont participé à la création des agences régionales de santé (ARS), réunissant sept administrations différentes, en ont le souvenir, ému et inquiet.

Les membres du Think Tank Économie Santé se sont attachés très rapidement non pas à imaginer le système idéal ou à copier une organisation d'un autre pays, fût-il nordique, mais à identifier les blocages les plus forts et à proposer des solutions à portée de main et simples, pour être rapidement mises en place, et qui s'inscrivent dans la durée et par étapes. Tout en étant bien conscient que toute gouvernance s'inscrit dans la tradition et les valeurs de chaque pays, qu'elle est évolutive, comme c'est le cas dans toutes les contrées étudiées.

Les discussions – toujours sans langue de bois et parfois vives – avec les personnalités conviées à exposer leur vision

et leur expertise ont été très riches, montrant à la fois la complexité, l'acuité du constat et la volonté d'évoluer.

Il n'y a pas de solutions miracles, d'où la conviction du Think Tank Économie Santé qu'il faut agir simultanément sur plusieurs leviers de manière ciblée et que c'est l'ensemble de ces corrections qui aboutira à une véritable transformation de la gouvernance.

Il y a urgence tant les tensions sont fortes, et les esprits échauffés, après autant de réformes à tout le moins mal comprises et de restrictions ou de régulations financières mal intégrées, mais le sujet est délicat. Une réforme de la gouvernance ne sera possible que si les parties prenantes se considèrent associées à son élaboration et si quelques mesures emblématiques sont lancées pour les convaincre.

Les membres du Think Tank Économie Santé ne sont pas naïfs. Ils ont bien saisi la complexité de la situation. Ces propositions explorent un sujet en fait peu traité récemment, et c'est en ce sens qu'elles peuvent apporter une contribution utile.

LA « BONNE GOUVERNANCE »

Dans sa définition générale, la gouvernance ne correspond pas nécessairement à une entité unique et décisionnelle, mais à un système d'entités décisionnelles. Dans le domaine public, le concept de gouvernance a évolué au fil du temps. Dans les années 1980, pendant la révolution libérale, notamment dans les pays anglo-saxons, le rôle de l'État a été remis en cause avec l'émergence du *new public management*, logique qui repose sur une vision minimaliste de l'État, qui doit revenir à son « cœur de métier » en confiant à d'autres (agences, autorités administratives indépendantes ou opérateurs privés) les fonctions jugées non stratégiques. Dans les années 1990, en réaction à la décennie précédente, la réflexion se porte plutôt sur le rôle régulateur de l'État et sur sa transformation, qui doit intégrer les « parties prenantes » dans une logique de démocratie participative. En fait, aujourd'hui, la « bonne gouvernance » s'inscrit dans les interactions entre l'État, les politiques, la société et aussi les lobbys et les coalitions d'acteurs publics et privés. La « bonne gouvernance » a pour objectif de rendre l'action publique plus efficace, proche du bien public et de l'intérêt général, et ainsi plus légitime. La gouvernance en santé évolue dans un environnement plus large, dont on peut tirer des enseignements et qui a ses propres spécificités.

En santé, en toute logique, après la création des agences régionales de santé (ARS), il y a dix ans, et dans le but

de supprimer la dyarchie actuelle (l'État gère l'hôpital ; l'Assurance maladie, la médecine de ville), l'idée de créer une Agence nationale de santé fait son chemin. Dans un article de référence paru en 2012⁽³⁾, Cécile Courrèges (à l'époque directrice générale de l'Institut national du cancer) et Alain Lopez (inspecteur général des affaires sociales à l'IGAS, auteur de *Réguler la santé*, paru en 2013) explorent la possibilité de « la mise en place d'une Agence nationale de santé (ANS), généralement considérée comme étant le moyen de se doter d'un véritable pilotage national capable de déterminer et de conduire une politique globale de santé ». « L'ANS devrait avoir pour vocation d'être une agence de régulation agissant sur l'organisation des soins, le financement des activités, la qualité et l'efficacité des pratiques. Elle regrouperait les services de l'État et de l'Assurance maladie. » À défaut, les auteurs proposent une solution intermédiaire : « Renforcer l'autorité du secrétariat général des ministères sociaux. » Aujourd'hui, la création d'une ANS ne recueille guère de suffrages, même pas celui de la signataire de l'article. Pour au moins deux raisons. La première est à l'évidence que la santé a avant tout, en France, une dimension politique et qu'elle relève de la responsabilité du (ou de la) ministre des Solidarités et de la Santé. Deuxièmement, si une telle agence était créée, elle le serait nécessairement sur les bases de la puissante Assurance maladie, avec le risque d'une recentralisation.

PERSONNALITÉS INVITÉES À PLANCHER

Cédric ARCOS, Directeur général adjoint, Région Île-de-France

Dominique COLAS, Président, Association nationale des centres hospitaliers locaux et hôpitaux de proximité (ANCHL)

Frédéric COLLET, Président, Les Entreprises du médicament (LEEM)

Cécile COURRÈGES, Ancienne Directrice générale de la Direction générale de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

Guillaume DEDET, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Thomas MESNIER, Député de la Charente

Jean-Paul ORTIZ, Président, Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Dominique POLTON, Ancienne Présidente, Institut national des données de santé (INDS)

Nicolas REVEL, Directeur général, Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Éric TROTTMANN, Conseiller pour les affaires sociales, la santé et l'emploi des ambassades de France en Suède, au Danemark, en Norvège et en Finlande

(3) Courrèges (Cécile) et Lopez (Alain), « L'Agence nationale de santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », *Santé publique*, n° 3, vol. 24, 2012, p. 229-240.

LA RECOMMANDATION 2020

Transformation du système de santé La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible

1) Le ministère des Solidarités et de la Santé doit redonner du sens au débat public sur la politique de santé, au-delà du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, et se réorganiser

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) rythme chaque année, à l'automne, les débats sur le système de santé. Il est capital, car c'est à ce moment-là que sont présentés les taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie des différents secteurs et que sont alloués les budgets et les financements.

Chaque fin septembre, au ministère de l'Économie et des Finances, à Bercy, les ministres des Solidarités et de la Santé et du Budget présentent aux représentants des professionnels de santé et à la presse les décisions prises qui seront discutées au Parlement.

Mais le PLFSS, de par sa construction, sa présentation et sa nature même, confisque le débat sur les politiques de santé en le réduisant à des considérations financières qui sont, certes, sa raison d'être, mais qui ne sont pas contrebalancées par un débat concomitant sur les objectifs de santé publique.

- Élaboré par la Direction de la Sécurité sociale, dont le but est la maîtrise des comptes au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, le PLFSS octroie une place prépondérante à cette direction sur les autres directions centrales. L'équilibre est rompu entre l'offre de soins, la santé publique et le financement, au profit de ce dernier.
- Présenté de manière comptable dans un but législatif, donc complexe, et qui ne prend pas assez en compte les objectifs de santé publique ou de réorganisation de l'offre de soins, le PLFSS ne permet pas aux acteurs de santé et à l'opinion publique de saisir les enjeux, de s'en emparer et d'en débattre.
- Par sa nature même, le PLFSS n'est pas conçu pour aborder les orientations des politiques de santé. Si bien que la politique de santé, à un moment clé chaque année au Parlement, de septembre à décembre, n'est abordée et perçue que sous le prisme du financement; ce qui est forcément réducteur, trompeur et délétère.

Il n'y a pas d'autres moments, en dehors des récurrentes lois santé (Bachelot, Touraine, Buzyn, une par quinquennat), où la santé est débattue globalement au Parlement.

Un exemple récent : fin décembre 2019, le Conseil constitutionnel a censuré la suppression de l'obligation de présenter un certificat médical de non-contre-indication de la pratique sportive pour l'obtention d'une licence sportive, introduite dans le PLFSS 2020, au motif que le gouvernement avait utilisé un « cavalier social » (étranger au champ du budget de la Sécurité sociale). « La délivrance d'un tel certificat médical, qui n'est ni un acte de soin ni un acte de prévention, ne fait pas l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie », notaient les sages du Conseil constitutionnel.

En outre, l'ensemble des acteurs de la santé (professionnels de santé, représentants des établissements de soins, industriels, patients) n'ont pas une vision claire de la gouvernance au sein du ministère des Solidarités et de la Santé. Sur un même sujet, ils ont souvent plusieurs interlocuteurs dont les objectifs peuvent être contradictoires. La gouvernance n'est pas claire et lisible au sommet de la régulation.

Le ministère des Solidarités et de la Santé s'est construit par strates successives et est aujourd'hui constitué des cinq directions générales ou assimilées, dont les missions et les périmètres ont évolué au fil du temps indépendamment les uns des autres.

Ce qui conduit à des chevauchements et à des partages de responsabilités :

- la Direction générale de la santé (DGS);
- la Direction générale de l'offre de soins (DGOS);
- la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS);
- le secrétariat général des ministères sociaux;
- la Direction de la Sécurité sociale (DSS), logée au ministère des Solidarités et de la Santé, mais qui est rattachée à deux ministres : le ministre chargé de la Sécurité sociale et le ministre chargé du Budget.

Pourtant, les transformations de la DGOS montrent autant l'évolution des concepts que la capacité du ministère des Solidarités et de la Santé à évoluer. Cette direction a changé de nom de nombreuses fois en fonction de l'élargissement

de ses missions : en 1960, ce qui deviendra la DGOS n'est « que » le Centre technique de l'équipement sanitaire et social. Ensuite, elle devient successivement la Direction de l'équipement social; le Service des établissements; la Direction des hôpitaux; la Direction générale de la santé et des hôpitaux; la Direction des hôpitaux, une nouvelle fois; la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en juillet 2000; et enfin, en mars 2010, elle acquiert son nom d'aujourd'hui, qui imprime bien l'intention ou la velléité des pouvoirs publics d'unifier le pilotage de l'offre de soins, même si le tropisme hospitalier a été prépondérant au cours de sa brève histoire, notamment parce que l'Assurance maladie garde l'essentiel des relations avec les professionnels de santé libéraux.

Un tout récent arrêté (du 23 décembre 2019), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020, a encore modifié son organisation définie en 2010 et déjà modifiée en 2014.

Les missions de la DGOS sont importantes et claires, et en toute logique elles devraient lui permettre d'assurer une gouvernance structurée et efficace. Mais, comme on le verra, ce n'est pas le cas. Pourtant, les textes font de la DGOS le lieu de la synthèse des politiques structurant l'offre de soins : « Elle participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé. Elle est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé. »

« En liaison avec les autres directions et services concernés du ministère et des autres départements ministériels, les caisses d'assurance maladie et les organismes publics et privés intervenant dans le domaine de l'offre de soins », ses missions sont nombreuses, notamment :

- le respect de la dignité et des droits des usagers de l'offre de soins;
- la régulation de l'offre de soins, notamment des établissements de santé, l'égal accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins, en veillant à réduire les inégalités territoriales. Elle est compétente pour toute question relative à la détermination et à l'emploi des ressources nécessaires à l'offre de soins, notamment en matière de ressources humaines, de régulation financière ou d'organisation territoriale;
- la mise en œuvre des plans de santé publique qui intéressent l'offre de soins;
- les politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours, à la prise en charge continue des malades ainsi qu'à l'adaptation des parcours de soins, notamment ceux des malades chroniques, et la cohérence des politiques

d'offre de soins développées dans les champs sanitaire et médico-social;

- la réglementation relative aux pharmacies et aux laboratoires de biologie médicale, en veillant à son application;
- la déontologie, les règles d'organisation et d'exercice et à la démographie des professions de santé. Elle organise et anime le dialogue social avec les professionnels de santé et définit les modalités de leur représentation. Elle détermine les conditions d'exercice et les besoins de formation des professions médicales et paramédicales, en liaison avec les ministères chargés de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ainsi que l'usage des titres relevant du ministère chargé de la Santé;
- les politiques de ressources humaines des établissements publics de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux, en lien pour ces derniers avec la Direction générale de la cohésion sociale, y compris s'agissant de la prévention des risques professionnels;
- la conception, la mise en œuvre et le suivi des règles de tarification et de régulation financière des établissements de santé, publics et privés. Elle est consultée sur les conditions de rémunération des structures et des professionnels de santé exerçant en dehors des établissements de santé;
- la responsabilité du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, qu'ils exercent en cabinet ou en structure de soins, à titre libéral ou salarié, ou dans des établissements. Elle concourt à l'élaboration, au contrôle et à l'évaluation des règles et des procédures garantissant la qualité et la sécurité des soins, et leur efficacité médico-économique. Elle promeut le développement des coopérations et des mutualisations entre les acteurs de l'offre de soins. Elle élabore les mesures d'organisation et de fonctionnement applicables aux activités de soins des établissements de santé. Elle élabore les règles relatives à l'organisation générale et à la gestion des établissements publics de santé.
- l'expression des besoins d'information de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et la définition des normes et des règles de gestion de l'information médicale et médico-économique, ainsi que le développement de l'utilisation efficace des systèmes d'information par les professionnels et les établissements de santé;
- les principes d'organisation permettant de garantir le haut niveau des activités de soins et de recherche associées aux activités de formation universitaire, en lien avec les ministères chargés de l'Enseignement supérieur et de la Recherche;
- la définition des priorités de la recherche. Elle favorise et oriente le développement et la diffusion des processus de soins et des produits de santé innovants;



1) Le ministère des Solidarités et de la Santé doit redonner du sens au débat public sur la politique de santé, au-delà du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, et se réorganiser (suite)

• la tutelle d'établissements publics nationaux et d'organismes nationaux exerçant leur activité dans le domaine de l'offre de soins.

Comme indiqué en introduction, ces missions s'effectuent en relation avec d'autres directions ou organismes. Ce qui paraît bien évidemment logique, mais ce qui, dans la réalité, dilue les responsabilités et est à l'origine de complexité pour les acteurs et les professionnels de santé. Ces derniers ont de multiples interlocuteurs, pas forcément coordonnés entre eux, pour une même activité ou action.

La DSS a un poids de plus en plus important qui va dans les faits, aujourd'hui, au-delà de la synthèse financière et de la diffusion des comptes, et ce, d'autant plus qu'elle dépend du ministère des Solidarités et de la Santé et de celui de l'Action et des Comptes publics. Elle est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance. Elle est garante de l'équilibre financier des comptes sociaux et prépare à ce titre, chaque année, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), ce qui lui donne une influence considérable. Elle pilote les opérateurs chargés de la mise en œuvre de ces politiques que sont les organismes de sécurité sociale : que ce soit les caisses du régime général (CNAM, CNAF, CNAV, ACOSS, MSA) ou les régimes spéciaux. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de mutualité.

Ainsi, pour les acteurs de la santé, quatre directions interviennent : la DGOS, la DSS, la DGS et la DGCS (sans oublier l'Assurance maladie et la Haute Autorité de santé).

Cette complexité et cette multiplicité des intervenants sont un frein important à la définition des réformes, à leur acceptabilité et à leur appropriation et, enfin, à leur application. Il y a trop d'acteurs pour un même sujet. Cette multiplicité des intervenants, logique et incontournable pour embrasser l'ensemble de la problématique, n'est pas contrebalancée par une capacité forte de management du politique (vision stratégique et outils de pilotage). En clair, pour plus d'efficacité, les responsabilités de chacun devraient être clarifiées.

Au niveau régional, l'organisation est plus logique. Les responsabilités ne sont pas éclatées. Le directeur de l'ARS a une action sur l'ensemble du parcours de soins.

Il manque en fait un lieu de synthèse, que le secrétariat général des ministères sociaux aurait pu initier, mais ce n'est pas le cas. En fait, tout repose sur le cabinet du ministre des Solidarités et de la Santé et sur la bonne entente des directeurs.

La gouvernance doit être, avant tout, lisible. Le ministère en parallèle du PLFSS aura pour mission de présenter et de débattre de ses objectifs de santé publique, et d'organiser l'offre de soins de façon claire. Il ne se cantonnera pas à une vision perçue comme uniquement financière. Dans ce but, il poursuivra et accélérera sa mue et renforcera son management pour clarifier son fonctionnement et les responsabilités de chaque direction, en veillant à préserver un équilibre entre elles pour que l'objectif financier soit à sa juste place.

2) Unifier la gouvernance du système de santé

L'État gère les hôpitaux; l'Assurance maladie, la ville et les professionnels de santé libéraux; les Départements, une bonne partie du médico-social. Comment unifier la gouvernance, améliorer sa cohérence et la décloisonner au profit du patient qui, lui, réclame de la fluidité et de la simplicité dans son parcours de soins entre les différents opérateurs, coordonnés autour de son cas? Sachant aussi que les professionnels eux-mêmes sont, de longue date, chacun dans leur couloir

sans connexions aisées entre eux, pour des raisons tant historiques que culturelles. La lettre de liaison, à la sortie, entre l'hôpital et le médecin traitant en est un cruel exemple.

Faut-il privilégier l'État ou l'Assurance maladie? C'est-à-dire confier à l'un ou à l'autre les leviers de la gouvernance pour qu'enfin l'organisation, la gestion et la régulation de l'ensemble des acteurs et des professionnels du système de santé reposent sur une vision globale et non pas fragmentée.

Le dilemme est tellement enkysté qu'aucune décision n'a pu, à ce jour, être prise. En fait, il faut sortir de ce nœud gordien. D'où l'idée qui a fait florès, il y a quelques années, de créer une Agence nationale de santé (ANS), détaillée dans l'article précité⁽⁴⁾ de 2012. « Comme il ne pouvait être question de tout confier à l'un ou à l'autre : créons un troisième pôle, qui permettrait de contourner le problème », suggéraient bon nombre d'analystes après la création des agences régionales de santé (ARS). Mais plus la réflexion avançait, plus les écueils prenaient de l'ampleur. D'abord, en France, la santé a une dimension politique forte, et ce, de plus en plus avec les difficultés actuelles d'accès aux soins. Jamais aucun ministre n'accepterait de se dessaisir de ses prérogatives au profit d'une administration, fût-elle à sa main. Et celle-ci pourrait être perçue comme le renforcement de l'étatisation du système de santé. À l'inverse, une Agence nationale de santé risquerait d'être un faux nez. L'Assurance maladie, avec sa force de frappe (effectifs, système d'information, proximité avec les professionnels libéraux, rapport « Charges et produits » – chaque année destiné au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement, et qui est un véritable plaidoyer de gérance –, etc.), en prendrait de fait rapidement le contrôle, avec la crainte à terme d'une recentralisation. Peu, aujourd'hui, soutiennent la création d'une Agence nationale de santé.

Retour à la case départ. Les difficultés demeurent du fait de la dyarchie État-Assurance maladie. Par exemple, les conditions d'exercice et de rémunération des médecins diffèrent en fonction de leur statut et du lieu où ils exercent, entraînant des distorsions de concurrence importantes et aggravant drastiquement la pénurie dans les établissements publics ou privés à but non lucratif. La valorisation de l'activité médicale n'est pas articulée correctement entre la ville et l'hôpital, ce qui génère des effets pervers sur l'attractivité relative des deux secteurs pour les professionnels. Autre exemple : la télémédecine se heurte à des réglementations qui diffèrent entre l'hôpital et la ville, entravant ainsi son développement. Les systèmes d'information ne communiquent toujours pas,

etc. D'où l'importance d'une gouvernance unifiée à défaut d'un gouvernant unique.

La ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn ne s'y est d'ailleurs pas trompée. Elle a décidé d'organiser très rapidement, lors de son arrivée aux affaires, la fameuse « réunion du lundi » avec les différentes directions du ministère, l'Assurance maladie et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), en sa présence. Il peut paraître étonnant que la solution à une telle difficulté puisse reposer sur une simple réunion de coordination sans, apparemment, d'institutionnalisation ni de structuration formelle. Certes, c'est « une petite révolution » et il semble que les blocages, d'après le témoignage de participants, soient désormais moindres. Précédemment avait été créé le Comité national de pilotage, qui réunit les mêmes participants, mais dont les missions étaient axées principalement vers les ARS.

Aujourd'hui, il faut aller plus loin, pour répondre aux défis majeurs auxquels est confronté le système de santé, en particulier à ceux du développement des soins primaires et de l'attractivité de l'hôpital. La mise en œuvre du plan « Ma santé 2022 », largement acclamé en septembre 2018, réclame une gouvernance plus performante qui doit reposer sur une organisation formelle réunissant tous les opérateurs.

Pas de gouvernance unique, mais la création d'une unification de la gouvernance en réunissant les opérateurs pour favoriser les regards croisés, puis les décisions partagées, avec des objectifs précis, comme le décloisonnement des professionnels ou les tarifs qui sont aujourd'hui négociés en ville indépendamment de l'hôpital et inversement. La classification commune des actes médicaux (CCAM) a justement pour objet d'unifier la tarification des activités identiques en ville et à l'hôpital. La révision de la CCAM clinique, toujours reportée, doit devenir une priorité et être effectuée sans plus attendre.

(4) Courrèges (Cécile) et Lopez (Alain), « L'Agence nationale de santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation », *op. cit.*



3) Décloisonner l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, bras armé de la gouvernance

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), créé en 1996 par le plan Juppé, rythme chaque année à l'automne, au Parlement, le système de santé. Il est capital et, même s'il gagnerait à être pluriannuel comme les sous-objectifs qui le composent, il a vocation à être le bras armé de la gouvernance.

Encore faudrait-il que l'exécutif le conçoive, le définisse et l'utilise comme la colonne vertébrale de sa politique. Or ce n'est pas ou plus le cas aujourd'hui. Il pérennise des situations délétères, maintient des rentes, entretient des confusions et n'est en rien responsabilisant.

Le 13 février 2018 à Eaubonne, pendant sa présentation de la stratégie de transformation du système de santé, le Premier ministre Édouard Philippe a d'ailleurs « demandé à la ministre de la Santé [Agnès Buzyn] de formuler d'ici l'été [2018] des propositions pour améliorer la régulation de l'ONDAM et, notamment, de l'ONDAM "soins de ville", en lien avec l'Assurance maladie et, une nouvelle fois, en concertation avec les professionnels de santé ».

L'ONDAM s'établit à 224 milliards d'euros en 2020. Il se décompose en sous-objectifs, dont la liste (« soins de ville » [dont médicaments], « établissements de santé », « établissements et services médico-sociaux », « autres », etc.) et le montant sont votés par le Parlement. Une base de référence ainsi qu'un taux de progression en valeur sont fixés en fonction des réalisations prévues pour l'année en cours.

Or, l'ONDAM et les « sous-objectifs » qui le composent ne sont pas cohérents et sont donc non responsabilisants. Les « sous-ONDAM » présentent de fausses étanchéités avec de nombreux vases communicants, ce qui engendre des tensions et des effets pervers. L'ONDAM ville inclut des dépenses de l'hôpital et inversement. Les outils de régulation sont asymétriques. L'hôpital peut avoir le sentiment de « payer » pour la ville. Et leur rigidité s'oppose à la nécessaire intégration du système de santé.

L'ONDAM avait pour vocation, dans le cadre d'une bonne gouvernance, de permettre un débat public sur la couverture publique des besoins de santé et le financement des objectifs de la transformation du système de santé. Ce débat ne

peut avoir lieu, comme l'indique le Sénat dans un rapport récent⁽⁵⁾. L'ONDAM ne couvre pas toutes les prestations : 17 milliards d'euros en sont exclus (indemnités journalières maternité, invalidité, etc.). Il n'est pas étroitement corrélé aux besoins de santé, car sa construction repose notamment sur le tendancier des dépenses (évalué à 4,5 %), c'est-à-dire la croissance spontanée, qui impose des mesures d'économies (de l'ordre de 4 milliards d'euros chaque année) pour tenir dans l'objectif de croissance des dépenses d'assurance maladie. L'évaluation du tendancier étant opaque, les mesures d'économies le sont aussi, comme le déplore le Sénat. Enfin, au-delà du cloisonnement qu'il pérennise sur de fausses bases et l'asymétrie de régulation entre la ville et l'hôpital, l'ONDAM favorise une régulation par les prix, coup de rabot sans vision à long terme.

Ainsi, il serait concevable de construire un ONDAM composé de sous-objectifs définis par la finalité des dépenses, eux-mêmes subdivisés autant que nécessaire en différentes catégories fongibles, et dont la lisibilité serait accrue pour la Représentation nationale comme pour les citoyens. Un exemple illustrant une nouvelle conception de la dépense d'assurance maladie figurait dans la Reco 2019 du Think Tank Économie Santé. Pour mémoire :

- **PRÉVENTION, VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE** : ce sous-objectif permettrait de présenter la réalité (la modicité, en vérité) des ressources allouées à cette finalité. Seraient agrégés les dépenses de vaccination, les plans de dépistage, les campagnes d'information et d'éducation à la santé, celles liées à la prévention des effets du vieillissement et qui relèvent, aujourd'hui, à la fois du sanitaire et du médico-social;
- **SOINS AIGUS** : seraient agrégées les dépenses relatives à des prises en charge non itératives et ne nécessitant qu'un suivi limité dans le temps, qu'elles soient réalisées en ville ou à l'hôpital (y compris la part des soins de suite et de réadaptation [SSR] liés à des prises en charge de courte durée et non récurrentes), ainsi que la permanence des soins;
- **MALADIES CHRONIQUES ET LONGS SÉJOURS** : l'ensemble des financements relatifs à ces pathologies et portés aujourd'hui par les sous-objectifs « ville » et « établissements de santé » (y compris

SSR et unités de soins de longue durée [USLD]) serait inscrit dans ce nouveau sous-objectif. Un sous-ensemble « parcours » permettrait la fongibilité des financements actuels au fur et à mesure de la généralisation de parcours déterminés au niveau national, et une large facilité de fongibilité serait accordée aux ARS (sous condition de la maîtrise de la dépense) pour fusionner les financements existants aux fins de développer des parcours adaptés aux réalités des territoires de santé;

- **GRAND ÂGE, HANDICAP ET DÉPENDANCE** : l'entrée dans le grand âge d'un nombre grandissant de personnes handicapées milite pour la réunion des sous-objectifs actuels et leur fongibilité au sein du même sous-objectif. Le financement de la dépendance et les formes futures de sa prise en charge auraient vocation à intégrer ce sous-objectif composé de ces grandes finalités d'intensité croissante;

- **COORDINATION ET MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL** : seraient agrégées les dépenses relatives aux missions d'intérêt général, aux aides à l'investissement consenties au cas par cas ou dans le cadre des plans passés, et à la coordination des acteurs de santé et de soins, éventuellement abondées via la fongibilité transversale entre ce sous-objectif et tous ceux qui précèdent.

Redonner du sens à l'ONDAM pour en faire un outil efficace de gouvernance en le refondant sur une approche plus intégrative de la dépense de santé, pour accompagner la transformation du système de santé et non pas figer l'existant.

Sortir de la logique ville-hôpital dans sa structuration pour responsabiliser les acteurs, quitte à prendre un risque financier limité inhérent à toute modification de méthode.

4) Déconcentrer fortement

« Pour garantir l'égalité devant l'accès aux soins, pour offrir à chaque patient tout un panel de prises en charge – de la prévention jusqu'au traitement des maladies chroniques –, il faut repenser l'organisation des soins au niveau du territoire »... Tout le monde partage cette vision exprimée par le Premier ministre Édouard Philippe à Eaubonne, en février 2018, à l'occasion de la présentation de la stratégie de transformation du système de santé.

Le débat de longue date s'est cristallisé sur « déconcentration ou décentralisation ». Faut-il accroître les pouvoirs des Régions en créant, par exemple, un objectif régional des dépenses d'assurance maladie, dont les Régions seraient responsables, ou maintenir la primauté de l'État en région ?

Les partisans d'une décentralisation assumée en matière de santé ont, au cours des vingt dernières années, avancé nombre d'arguments. En particulier dans un singulier rapport⁽⁶⁾ paru il y a quinze ans, en 2005, dans le cadre du Commissariat général du plan. Dans cette prospective : « Les collectivités

régionales se voient confier les missions de régulation, de planification de l'offre et de financement du système de santé. L'État central garde ses prérogatives en matière de fixation des priorités de santé, fixe les règles communes, alloue aux Régions des enveloppes de péréquation et négocie avec elles des programmations pluriannuelles. Les caisses nationales de sécurité sociale disparaissent purement et simplement.

Au plan régional, selon le principe de libre administration des collectivités territoriales, chaque Région gère le système de santé soit en direct par une direction ad hoc soit par le truchement d'une agence régionale. Les agences régionales d'hospitalisation et, pour partie, les services déconcentrés de l'État sont intégrés aux services de la Région. L'État déconcentré se recentre sur le contrôle de légalité et d'évaluation des politiques régionales.

Dans ce scénario, l'agence régionale de santé (ARS) intègre dans son champ de compétences la planification elle-même, la définition de programmes et d'objectifs de santé publique ainsi que l'allocation des ressources. L'ARS se concentre sur les outils contractuels qui peuvent, à terme, être appliqués au secteur ambulatoire et aux réseaux. Par ailleurs, l'ARS

(5) Deroche (Catherine) et Savary (René-Paul), « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'ONDAM », mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et Commission des affaires sociales du Sénat, Sénat, rapport d'information, n° 40 (2019-2020).

(6) Commissariat général du plan, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation et acteurs : essai de prospective », rapport du groupe pôles, 2005.



4) Déconcentrer fortement (suite)

peut avoir pour mission de concilier démocratie sanitaire et efficacité. Concept hybride, la démocratie sanitaire peut s'analyser comme le carrefour de trois légitimités : politique, exprimée par les élus; sociale, représentée par les partenaires sociaux; de l'acteur ou du bénéficiaire, en l'espèce celle des professionnels de santé d'une part et des usagers de l'autre. Un organe composé de manière équilibrée entre les représentants de ces trois légitimités se voit confier un rôle d'orientation, d'arbitrage, de décision sur les options essentielles. Quant à l'efficacité, elle prend racine dans la création d'un exécutif fort, doté de pouvoirs propres, inspiré des prérogatives des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ou des diverses agences nationales en santé. »

Ce schéma était tellement disruptif qu'il n'a pas trouvé, quinze ans après, le début d'une application, ce qui montre bien la difficulté de la tâche, qu'il faut tenir compte des freins et des obstacles et procéder par étape.

En fait, pour ne pas rester au milieu du gué – la pire des situations –, il faudrait engager fortement un double mouvement. D'une part, renforcer le rôle des ARS dans la gouvernance en accroissant leur autonomie. D'autre part, impliquer davantage les collectivités territoriales avec sincérité.

Donner aux ARS une capacité plus grande d'agir, c'est ce que propose l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un récent rapport rendu public en février 2020. Pour améliorer le pilotage territorial de la transformation de l'offre de soins, l'IGAS fait des préconisations très concrètes⁽⁷⁾ :

- rendre plus lisibles les objectifs quantifiés de l'offre de soins, avec un affichage des intentions des ARS;
- analyser les besoins en les traduisant en services attendus par les usagers;
- développer des relations conventionnelles avec les acteurs de l'offre (y compris avec la médecine libérale, au-delà des conventions nationales) pour leur permettre de répondre aux objectifs affichés;
- réviser, dans le secteur hospitalier, les critères d'autorisation des activités, dans le but de conforter la position des ARS pour faire évoluer les autorisations;
- renforcer l'autonomie des ARS en donnant des moyens quantitatifs et aussi en renforçant la capacité d'initiative de leurs directeurs généraux;
- favoriser la transversalité par une vision intégratrice des différentes composantes de l'offre de soins, en particulier en s'appuyant sur une plus grande transversalité des organigrammes des ARS et une plus grande responsabilité des délégations départementales.

Les collectivités territoriales affichent leur volonté, sous la pression de leurs administrés, qui déplorent de plus en plus souvent de réelles difficultés d'accès aux soins, de se saisir du problème et d'apporter des réponses concrètes et rapides. L'implication des collectivités territoriales doit donc être recherchée et favorisée pour répondre aux besoins non satisfaits, mais aussi à l'inverse pour éviter les réponses inadaptées, voire une débauche de moyens non coordonnés. L'Association des petites villes de France (APVF), par la voix de son président – Christophe Bouillon –, dans *Le Quotidien du médecin* du 3 février 2020, insiste sur le rôle des maires à l'hôpital (« où ils ont été écartés de la gouvernance par le législateur ») et aussi sur l'accès aux soins : « Les déserts médicaux se trouvent dans des déserts tout court. C'est pourquoi le maire ne peut pas être coupé des décisions de santé. C'est à lui d'investir pour améliorer l'accès à tous les services publics, y compris ceux relatifs aux soins. »

L'un des enjeux est aussi de tenir compte des spécificités territoriales, d'aller vers le « sur-mesure territorial ». Les enjeux (démographiques, sociaux et épidémiologiques) et les ressources (humaines, médicales et paramédicales, notamment) ne sont pas les mêmes d'un territoire à l'autre. Ce constat est vrai entre les régions, mais aussi au sein même des régions, et encore plus avec la fusion de certaines d'entre elles.

Ce qui nécessite un niveau d'animation régional repensé, car c'est à cette échelle qu'un certain nombre d'actions doivent être menées, avec une coordination des acteurs, dont la modalité d'association est, elle aussi, infrarégionale (GHT), voire infradépartementale (CPTS).

En matière de gouvernance, cela implique un « temps 2 » des délégations territoriales des ARS, qui doivent pouvoir jouer ce rôle. Ceci est d'autant plus vrai que la fusion des régions a entraîné, pour un certain nombre de territoires, un éloignement du siège de l'ARS des professionnels et des structures.

Cela implique un certain nombre d'évolutions : davantage de responsabilité aux délégations territoriales, la création d'emplois fonctionnels afin d'y attirer un certain nombre de professionnels, le renforcement d'une fonction d'animation, voire de facilitateur de projets, pour un certain nombre initiés et portés par les acteurs de terrain.

Début janvier 2020, la concertation a été lancée avec les élus locaux sur le projet de loi dit « 3D » (décentralisation, différenciation et déconcentration), qui devrait être présenté au deuxième trimestre. La santé avec ses spécificités y sera présente. Mais une forte décentralisation avec un transfert large de compétences et de financement ne paraît pas à

l'ordre du jour, tant il faudrait renforcer les structures locales pour qu'elles puissent gérer ce qui l'est aujourd'hui par l'État ou par l'Assurance maladie.

Une question de fond doit rester en mémoire : comment éviter que ne se creusent les inégalités régionales d'accès aux soins, si les territoires les plus riches sont en mesure de financer une offre non absolument nécessaire, alors que les plus pauvres ne pourraient pas satisfaire les demandes d'accès les plus légitimes ?

La réponse à cette question repose sur l'affirmation du rôle des ARS en regard d'une coopération plus grande, sur le champ de la santé, avec les collectivités territoriales dont le rôle pourrait être élargi, comme cela a été le cas pour l'éducation nationale, par exemple.

Face à ces défis, il faut faire le pari de la déconcentration par souci d'efficacité. La déconcentration doit être accentuée vigoureusement pour associer les collectivités territoriales en leur donnant de vrais moyens d'action facilement mobilisables.

Les marges d'amélioration sont importantes et à portée de main. Il suffit de consulter « Accès aux soins : le guide pratique pour les élus », publié en novembre 2019 par le ministère des Solidarités et de la Santé et par le ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales. Ce guide a pour objectif d'« apporter aux élus confrontés aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins une vision d'ensemble du cadre législatif et réglementaire, et des dispositifs publics mobilisables, [de] leur proposer des éléments méthodologiques concrets pour guider leurs initiatives, [de] mettre en valeur les démarches portées avec succès par d'autres collectivités territoriales ». Il part d'une bonne intention et est très complet. Mais, alors que ce sujet est d'une importance capitale pour les élus, ce guide de quatre-vingt-dix-huit pages montre surtout les difficultés, les barrières et les chausse-trappes auxquelles sera confronté l' élu s'il veut améliorer l'accès aux soins dans son territoire.

Par exemple, les structures que peut consulter l' élu pour faire un diagnostic sont nombreuses : l'ARS, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'Ordre des médecins, l'outil CartoSanté, l'outil Rézone de l'Assurance maladie, les observatoires régionaux de la santé (ORS), l'Observatoire national de la politique de la ville (ONPV) et le site SIG Ville. En outre, le guide rappelle que « la santé demeure très largement une compétence de l'État », mais qu'« en matière d'accès aux soins, toutefois, le Code général des collectivités territoriales leur reconnaît la possibilité d'intervenir, par l'attribution d'aides financières facultatives, tout en délimitant leur champ d'intervention » à quatre types d'interventions. « [...] Les textes prévoient souvent des conditions de zonage ainsi qu'un plafonnement de ces différentes aides [...]. » Ceci n'est qu'un exemple, mais il est frappant. Ne faudrait-il pas que chaque ARS accompagne davantage les élus dans ce maquis administratif ? C'est d'ailleurs ce qu'elles souhaitent : « Les élus locaux sont également associés dans le cadre des instances consultatives régionales et départementales (démarches de « démocratie sanitaire »). Toutefois, les ARS recherchent aujourd'hui de plus en plus leur implication directe dans les projets structurants de leur territoire, bien au-delà de ces instances formelles de concertation. » Le contrat local de santé est un des outils proposés, mais les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des attentes.

Déconcentrer fortement en facilitant les démarches plutôt que décentraliser, ce qui ne pourra être envisagé que dans un second mouvement tant les contraintes administratives sont fortes (ne serait-ce que les tarifications des professionnels et la valeur des actes, le financement, etc.).

Renforcer l'autonomie, la capacité d'agir et les moyens des ARS.

Impliquer et responsabiliser franchement les élus locaux en leur donnant une place de choix au sein des ARS.

(7) Giorgi (Dominique), Poiret (Christian) et Yeni (Isabelle), « Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS », IGAS, rapport d'inspection, février 2020.



5) Décloisonner les formations des professions de santé et celles des administratifs

La gouvernance est éclatée et les professionnels sont isolés. Tout l'enjeu, c'est qu'une gouvernance regroupée puisse s'adresser à des acteurs solidaires pour un même objectif.

Le cloisonnement des professionnels de santé est culturel et historique, alors qu'une collaboration est la clé pour fluidifier le parcours de santé, assurer la coordination des soins et faciliter la délégation des tâches, conditions nécessaires à la qualité des soins et à la soutenabilité du système.

La réforme du premier cycle des études médicales, avec la suppression du *numerus clausus*, devrait permettre de diversifier les profils des étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique. (Il sera, par exemple, possible de faire médecine en ayant commencé par des études de droit.) Mais il faut aller plus loin et mixer davantage les cursus entre ces professions et aussi, et surtout, avec les autres professions de santé (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, aides sociales, etc.) pour faciliter la connaissance mutuelle, les échanges et le travail en commun, et ce, dès la formation.

Il en va de même pour les fonctions administratives. Au cours de leurs études, ces étudiants devraient faire des stages systématiques au sein des activités de soins, en ville et à l'hôpital.

(8) Yatim (Fatima) et Minvielle (Étienne), « Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins », *Politiques et management public*, n° 33/1, janvier-mars 2016/27-48.

6) Gouverner avec les citoyens (usagers, patients, malades, etc.)

Voilà une autre manière de formuler une expression qui a fait florès depuis quelques années, et selon laquelle le système de santé doit être « centré sur le patient »⁽⁹⁾.

Ainsi (en réalité, depuis la loi Kouchner de 2002 et même depuis les états généraux que la Ligue contre le cancer a organisés en 1999), des appels insistants à « centrer » davantage les choses sur le patient ou le malade se sont multipliés. Centrer, cela pourrait dire accorder davantage de poids à son point de vue, à ses aspirations

(9) Chabot (Jean-Michel), « Que signifie "patient centré" ? », *Le Concours médical*, novembre 2019.

Un exemple d'innovation organisationnelle met en relief l'importance de la formation. Décrite dans un article publié en 2016⁽⁸⁾, l'expérience d'innovation locale de suivi à distance des patients depuis Gustave-Roussy montre que, pour accompagner l'innovation, l'action publique a trois rôles :

- structurant : faire des efforts structurels (groupements hospitaliers de territoire [GHT], communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], maisons de santé [MSP], etc.) associés à des modes de paiement incitateurs;
- accompagnateur : aides financière, juridique et d'ingénierie de projet;
- évaluateur : impact de la valeur ajoutée des innovations.

Le premier rôle est souvent bien assumé, les deuxième et troisième (accompagnement et évaluation) sont moins familiers. L'accompagnement suppose que les représentants des autorités publiques et les promoteurs d'innovations locales échangent « à égalité » et sont formés au management de terrain (coordination, communication, travail d'équipe, management de l'innovation, etc.). L'évaluation suppose une doctrine sur les méthodes qui n'est pas encore claire, indiquent les auteurs.

Mixer davantage les formations médicales, paramédicales et administratives de santé.

(on parle maintenant d'« expérience-patient »); bref que le patient/malade devienne le sujet du système de soins au lieu d'en être l'objet. Vaste programme.

Cependant, cette expression nouvelle, originale, s'impose désormais dans le lexique usité par l'ensemble des « professionnels » du système de santé, jusqu'à considérer que c'est le patient qui incarne le personnage essentiel, que ses perceptions et ses perspectives sont à prendre en compte de manière primordiale et que, pour finir, le système de soins tout entier est à organiser selon cette géométrie.

En réalité, cette « voix des patients » était de plus en plus audible depuis quelque temps déjà. Cela résulte d'une évolution sociétale profonde qui tend à corriger l'asymétrie de la « relation médecin-malade » traditionnelle pour aller progressivement vers le « patient-partenaire », et il est aisé d'en trouver des observations pertinentes dans la littérature médicale internationale.

D'abord, dès 1994 dans le *NEJM*, où le rédacteur en chef de l'époque, JP Kassirer, signait un éditorial intitulé : *Incorporating patients' preferences into medical decisions*. Ensuite, sous la plume de Donald Berwick (formé sur la côte est des États-Unis, d'abord en pédiatrie, puis assez vite en santé publique). Il a été celui que l'administration Obama a mis en 2012, au terme de sa carrière, à la tête des *Centers of Medicare and Medicaid Services* (CMS) afin de réussir la réforme du système de santé. Dès 2005, Berwick avait publié dans *Annals* un amusant papier, intitulé *My right knee* où il contait son expérience de patient alors qu'il allait se faire poser une prothèse de genou et pointait les points forts autant que les lacunes de sa prise en charge (papier dont l'analyse pourrait être utilement incluse dans le *curriculum* des étudiants). Puis en 2009, il avait commis dans *Health Affairs* une tribune où il documentait l'origine du *Patient-Centered* et indiquait ses finalités : avant tout le déplacement du centre de gravité du système de soins (en termes de pouvoir et de contrôle) depuis les médecins et gestionnaires jusqu'aux patients...

Enfin, le séminaire international pluriprofessionnel, tenu à Salzbourg (en Europe) en 1998 où la sentence radicale « *Nothing about Me without Me* » avait été produite⁽¹⁰⁾.

Tout cela suppose cependant une organisation, une acculturation et des formations au bénéfice des patients et des structures qui les représentent. Justement, les médecins canadiens accompagnent activement l'implication croissante des patients dans le système de santé. À cette fin, une équipe pluriprofessionnelle (incluant des patients) de l'université de Montréal a développé, depuis 2010, un programme de recherche et d'enseignement intitulé « Montreal Model ». En substance, il s'agit, par ce modèle multidimensionnel et dans une sorte de continuum, de favoriser l'engagement et le partenariat des patients aux différents échelons des soins, de l'organisation des services et de la gouvernance du système de santé.

Ce « Montreal Model » a, notamment, été présenté en 2015 à la conférence annuelle de la Josiah Macy, Jr. Foundation (l'une des organisations non gouvernementales les plus influentes dans le domaine de la santé en Amérique du Nord) et a établi ses recommandations sur les points suivants :

- l'intégration des pratiques de collaboration interprofessionnelle et des pratiques de collaboration avec les patients à l'intérieur du concept de « partenariat patient »;
- la création d'une structure facultaire universitaire sur le partenariat patient, cogérée par des patients et par des professionnels de la santé;
- la mise sur pied d'une approche pédagogique innovante en matière de pratiques collaboratives;
- la mise en place d'un programme de sélection, de formation et d'intégration de patients formateurs sur les pratiques collaboratives en sciences de la santé;
- l'organisation de projets d'intégration des patients dans les démarches d'amélioration continue des établissements de santé affiliés;
- l'intégration des patients dans la gouvernance de la recherche.

Des initiatives comparables existent dans d'autres pays en Europe, en particulier en Suisse.

On peut également rapprocher ces initiatives des mesures annoncées en France, dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » voilà un peu plus d'une année.

Trois des mesures privilégiées font référence à cette montée en puissance des usagers et des malades :

- mesurer la satisfaction des patients (et en faire l'un des déterminants de la rémunération des médecins via des dispositions conventionnelles);
- étendre et systématiser la mesure de la satisfaction des usagers pour l'ensemble des prises en charge;
- intégrer le patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé.

On doit, enfin, rappeler la révolution copernicienne dans laquelle est appelé à s'engager notre système de soins avec l'avènement des « parcours de soins ». Ces derniers conditionnent la continuité pour le malade et impliquent la coopération/coordination des professionnels, quels que soient leur implantation (ville ou hôpital), leur statut et leurs compétences. Une telle révolution, pour réussir, requiert que les uns et les autres reconsidèrent leur posture, s'accordent sur la primauté du malade et sur sa place au centre de gravité du système.

Accompagner activement l'implication croissante des patients dans le système de santé pour les associer à la gouvernance.

(10) <https://www.lesechos-events.fr/think-tank/blog/think-tank-economie-sante/ce-que-centre-sur-le-patient-veut-dire/>



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES ET DES INVITÉS DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

7) Transformer le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en Haut Conseil de la prospective en santé

Le système de santé est cloisonné, atomisé, sans vision prospective étayée et sans lieu de débat public rassemblant toutes les parties prenantes, si bien que la recherche de consensus sur les grandes options est impossible. La réflexion se fait secteur par secteur, sans vision d'ensemble, et suscite conflits et luttes d'influence.

Une bonne gouvernance repose d'abord sur une vision prospective partagée, soumise à une large discussion pour pouvoir dégager des objectifs clairs, qu'imposent, dans l'organisation du système de santé, les transitions démographiques, technologiques, numériques et écologiques. Ces considérations existent, mais elles sont éparpillées, ce qui ne permet pas la confrontation d'idées et l'élaboration de choix assumés.

Or ce lieu de débat public existe, c'est le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui est justement « une instance de réflexion et de propositions qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie ». Mais son défaut originel est qu'il pérennise le cloisonnement du système, voire le renforce, par son prisme « assurance-maladie », même s'il s'en extrait franchement dans certains de ses rapports qui ont marqué les réflexions. En particulier celui de 2012, qui s'est dégagé d'une vision purement assurantielle et s'est consacré « à la recherche d'un fonctionnement optimal du système de soins ». Le HCAAM faisant part de sa conviction que « la recherche d'une qualité soignante et sociale globale, c'est-à-dire sur l'ensemble du "parcours" de soins, constitue une orientation centrale pour tout le système soignant ». Le concept de « parcours de soins » était né.

Le HCAAM, qui est un lieu réputé et respecté, fait régulièrement des incartades en dehors de son champ d'action, statutairement limité, pour embrasser l'ensemble du système de soins.

Le programme du HCAAM de 2019 montre bien son penchant somme toute logique vers la globalité :

- les ressources humaines en santé : quelles perspectives dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé?;

- le séminaire « Priorité prévention, passons à l'acte! »;
- l'organisation de la médecine spécialisée et du second recours;
- la promotion de la santé et la prévention.

Créé en 2003 par décret, le HCAAM est composé de soixante-six membres, représentant dans leur diversité et à haut niveau les principaux organismes, institutions, syndicats, fédérations et associations intervenant dans le champ de l'assurance maladie, et plus largement dans celui du système de soins.

L'article 72 de la loi, du 19 décembre 2005, de financement de la sécurité sociale pour 2006 a pérennisé le HCAAM et en a confirmé les missions :

- évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie, et apprécier les conditions requises pour assurer leur pérennité à terme;
- veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable;
- formuler, le cas échéant, des recommandations ou des propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de cohésion sociale et de pérennité financière des régimes d'assurance maladie.

L'objectif du Haut Conseil de la prospective en santé (HCPS) – lieu de la perspective en santé – sera de rechercher un consensus sur ce qui doit être financé et comment, par rapport à des projections ou à des scénarios partagés. Il éclairera tant la Représentation nationale que les citoyens et les professionnels de santé.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) doit être officiellement reconnu comme le lieu de débat sur l'avenir du système de santé et non plus via le prisme réducteur de l'assurance maladie, en devenant le Haut Conseil de la prospective en santé (HCPS), qui veillera à ce que ses recommandations soient largement médiatisées pour renforcer le débat public et faciliter les prises de décision.

LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ : LE POURQUOI PLUTÔT QUE LE COMMENT

Christian Anastasy, Expert

Pour mieux appréhender cette notion qui paraît absconse et mal déterminée dans le domaine de la santé, les quatre points suivants sont à prendre en considération.

1) Comment définir la gouvernance du système de santé?

Trois questionnements semblent nécessaires pour mieux la définir, sachant que le premier est celui auquel on pense en priorité. Pour autant, les deux suivants induisent également une prise en considération.

Les modalités d'organisation de la gouvernance du système de santé? Comment la gouvernance est-elle organisée? Y a-t-il un écosystème de gouvernance produisant de l'homogénéité ou de la divergence? Et donc, comment améliorer cette organisation?

Les finalités de la gouvernance du système de santé? Pourquoi la gouvernance est-elle ainsi organisée? Quels sont ses objectifs? Quelle est la mesure de satisfaction des objectifs?

Les bénéficiaires de la gouvernance du système de santé? Pour qui la gouvernance est-elle organisée, et vers qui est-elle destinée en priorité? Les acteurs suivants, selon leurs points de vue et leurs attentes, en sont-ils satisfaits? Patients, malades, usagers, contribuables, bénéficiaires, assurés sociaux, consommateurs, industriels, employeurs, salariés, groupes financiers, investisseurs internationaux, citoyens, électeurs, syndicats, partis politiques, étrangers en situation irrégulière ou régulière, réfugiés, visiteurs, invisibles.

2) Quelles sont les finalités d'un système de santé en général et quels sont, dans cette mesure, les constats majeurs concernant le système français?

Selon une majorité d'études ou de rapports nationaux ou internationaux, le système de santé français fait apparaître les principaux constats suivants par rapport aux finalités

généralement attendues d'un système de santé performant (au sens de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) :

- il est le second le plus coûteux d'Europe, tout en étant parmi ceux qui laissent le plus faible reste à charge aux ménages, et il est porteur d'une espérance de vie parmi les plus élevées, si l'on fait abstraction du critère « avec ou sans handicap »;
- il reste orienté vers les soins aigus, alors qu'il est confronté à l'émergence des pathologies chroniques, et il manque d'instruments de coordination entre les soins aigus de la ville et le médico-social;
- la distribution des professionnels de santé sur le territoire est peu homogène et l'on évoque des déserts médicaux, surtout en ce qui concerne la médecine de premier recours;
- la prévention y est absente, bien que la consommation de tabac et d'alcool compte parmi les plus élevées du continent européen.

3) Qui sont les acteurs principaux qui concourent à la gouvernance globale du système de santé national?

La liste suivante (sans doute incomplète) des parties prenantes témoigne de la difficulté à homogénéiser la gouvernance :

- les parlementaires, les élus nationaux et locaux;
- les Hautes Autorités indépendantes, les agences sanitaires, le Conseil économique, social et environnemental (CESE), etc.;
- les organismes nationaux européens et internationaux de normalisation;
- les gestionnaires de plusieurs ministères et les directions d'administration centrale de l'État, des agents et des fonctionnaires de l'Assurance maladie, des ARS, des établissements de santé, etc.;
- les industriels des secteurs pharmaceutique, biomédical, assurances, groupes financiers offreurs de prestations de santé, etc.;
- les sociétés de conseil, d'audit nationales et internationales, etc.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

4) Quelles conséquences tirer de ces constats par rapport aux finalités, en matière de gouvernance du système de santé ?

Les résultats du système de santé français, qui peuvent être considérés comme globalement assez satisfaisants, résultent pourtant d'un écosystème complexe de gouvernances diverses peu intégratif :

- des gouvernances diverses s'occupent des réflexions prospectives tentant de prendre en compte les points de vue d'acteurs différents ;
- des gouvernances de gestion normative nationales et internationales, de gestion administrative étatique et déconcentrée, sont souvent guidées par un objectif de *cost containment* nuancé d'égalité d'accès plus que de qualité ;
- des gouvernances protéiformes sont mises en place pour produire des informations de synthèse à partir des multiples systèmes d'information existants ;
- des gouvernances spécialisées cohabitent avec des visions parallèles pour le financement du système de santé (État/Assurance maladie/conseils départementaux) sans qu'aucune ne fixe, d'ailleurs, la prévention au rang de ses priorités.

Mon opinion, étayée par les quatre constats qui précèdent, est la suivante :

La gouvernance du système de santé national suppose la coordination de multiples parties prenantes ayant chacune leur légitimité, leur capacité d'influence, voire de pouvoir,

de contrepouvoir ou de nuisance. Il ne faut pas chercher, en conséquence, une gouvernance idéale issue d'une organisation parfaitement unifiée et démocratique, même s'il est toujours possible de faire mieux.

Dès lors, si la question du comment gouverner paraît sans réponse pleinement évidente, d'autant qu'au final les résultats du système ne sont pas si mauvais et par conséquent n'induisent pas de réforme vraiment urgente, la question du pourquoi gouverner doit être remise en exergue, valorisée. Il appartient, en effet, au plus haut niveau de l'État de définir des priorités de santé publique construites en concertation avec les populations (états généraux, conférences de consensus, etc.) et validées par le Parlement, afin de prendre les décisions nationales les plus consensuelles possible et de les décliner ensuite en actions coconstruites avec des acteurs à qui on fait confiance pour les modalités de mise en œuvre. L'exemple du plan Cancer est à analyser dans cette perspective où les parties prenantes sont, en quelque sorte, obligées de s'aligner non pas sur des modalités de gouvernance (ce qu'elles ne font jamais vraiment), mais sur des finalités de gouvernance.

Naturellement, à ces plans d'action sont assignés des indicateurs de résultats (tant d'infections évitées, de morts, de réhospitalisations évitables, d'accidents iatrogéniques en moins, etc.) mesurés par des indicateurs construits, là encore, avec les représentants des parties prenantes.

Je propose donc de passer d'une gouvernance de compromis d'intérêts contradictoires à une gouvernance régulée par des objectifs majeurs de santé partagés, obligeant à l'alignement de tous les acteurs.

Bref, on peut considérer qu'en matière de gouvernance^(*) – néologisme apparu au tournant du xx^e siècle – tout, ou peu s'en faut, a été fait aussi bien pour l'ambulatoire que pour l'hôpital.

Cependant, le fonctionnement du système de soins reste difficile, les insatisfactions semblent s'accroître, au point que l'on parle désormais d'un système en crise ou « à bout de souffle » (alors que voilà moins de deux ans, le président de la République et le gouvernement s'engageaient sur une réforme ambitieuse... et plutôt bien accueillie).

Si bien qu'il est à nouveau question de revoir une fois encore (renforcer ?) la gouvernance.

À ce stade, on peut regretter ce tropisme persistant pour la gouvernance, alors que les gouvernés, eux (c'est-à-dire les médecins dans leur ensemble), restent cantonnés à la périphérie des réflexions.

En fait, si le système de soins dysfonctionne, c'est peut-être bien que les médecins (et dans leur sillage la plupart des professions de santé) ne se retrouvent pas dans la gouvernance organisée par les pouvoirs publics. En effet, cette gouvernance est étrangère à la conception qu'une majorité de médecins conservent de leur exercice. Conception fondée

avant tout pour les hospitaliers sur ce qui se passe entre les quatre murs de l'hôpital ; et, pour le secteur ambulatoire, sur l'attachement à une indépendance, à une autonomie, ou même à un individualisme qui s'accommodent mal d'une emprise bureaucratique croissante et souvent ignorante des réalités cliniques. Si bien que la mutation en cours – symbolisée avec audace par le président, quand il évoque l'aberration de l'exercice isolé à l'horizon 2022 – leur paraît dérangeante ou même démotivante.

Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner que divers ajustements en cours suscitent les crispations et provoquent les résistances du plus grand nombre. Évidemment à l'hôpital, dont les urgences font l'actualité (mais c'est l'ensemble des soignants qui souffrent dans des structures et des organisations de plus en plus inadaptées). Également en ambulatoire, où les regroupements professionnels, l'exercice en équipe médico-sociale, les nouveaux « métiers » ou encore la diversification des modes de rémunération (et la généralisation du tiers payant) bouleversent le quotidien. Et c'est, bien sûr, le cas autant à la ville qu'à l'hôpital pour l'usage extensif du numérique et de l'informatique.

Alors que les deux évolutions fondamentales en cours, à savoir le « virage ambulatoire » et le surcroît d'attention dédié aux malades et à leurs aspirations (ce que l'on résume sous le jargon de « patient-centré »), ne sont même plus explicitement traitées.

D'autres pays, avec d'autres cultures, mais confrontés aux mêmes évolutions avaient entrepris voilà une ou deux décennies une adaptation de la conception que les médecins (les « gouvernés ») avaient de leur propre mission. Cela a été le cas en Amérique du Nord avec la définition, dès 2002, du « *new professionalism*⁽¹¹⁾ » ; et aussi dans les pays scandinaves, en Grande-Bretagne ou en Australie, entre autres. On y retrouve différentes notions quelquefois évoquées chez nous, mais insuffisamment consolidées, comme la primauté du malade et de ses aspirations, la responsabilité sociale du médecin (équité, accès aux soins et « soutenabilité ») ou encore la mutation vers un exercice coordonné pluriprofessionnel (*teamwork*) et, bien sûr, l'urgence de développer de véritables parcours des patients – sans ruptures. Toutes choses qui devraient être approfondies sous le leadership professionnel, avant d'être transmises aux jeunes promotions de l'ensemble des filières professionnelles, afin de bénéficier finalement du bon fonctionnement de notre système de soins.

CONTREPROPOSITION : GOUVERNANCE ET GOUVERNÉS

Jean-Michel Chabot, Universitaire, Paris

Depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics ont multiplié les dispositions pour assurer une gouvernance des médecins et, par extension, de l'ensemble des professions et du système de santé ; aussi bien à l'échelon national que dans les régions. Sans être exhaustif, on se remémorera ainsi l'institution du PLFSS et des ARH à partir de 1997, la mutation de ces dernières en ARS en 2010, la montée en puissance de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), devenue Haute Autorité de santé (HAS) en 2005 ; puis, du côté professionnel, la constitution des unions régionales des médecins libéraux (URML) devenues unions régionales des professionnels de santé (URPS) en 2009. Simultanément, le ministère des

Solidarités et de la Santé s'est doté d'une Direction de l'offre de soins, intégrant les établissements et l'ambulatoire, et l'Assurance maladie s'est professionnalisée, jusqu'à diversifier la politique conventionnelle et produire le rapport annuel « Charges et produits », qui constitue désormais un document de référence (en dépit des limites constitutives du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie [SNIIRAM], « boosté » depuis peu en Système national des données de santé [SNDS]). L'hôpital n'était pas oublié avec, au cours de chacune des quatre ou cinq dernières législatures, une loi dédiée qui ajustait les modalités de direction des établissements, au risque de désorienter les médecins, les soignants et leurs directeurs.

(*) La double origine latine/française, puis anglaise, du mot *gouvernance* avait été utilement rappelée dans une mise au point publiée dans un journal quotidien du matin (*Le Figaro* du lundi 4 février 2008) :

« Il est des mots qui dorment des siècles durant au creux des dictionnaires. Se réveillent un temps. Disparaissent à nouveau. Puis se réintroduisent insidieusement dans le vocabulaire jusqu'à, par un étrange effet de contamination, être mis à toutes les sauces. Ainsi "gouvernance", terme issu d'une origine grecque (*kubernân*), passe par le latin (*gubernare*). Il a été employé en ancien français au XIII^e siècle pour désigner les bailliages de l'Artois et de la Flandre, puis bientôt l'ensemble des services administratifs d'une région (la gouvernance de Casamance), voire l'édifice qui les abritait ou la résidence du gouverneur. Le mot tombe alors en désuétude avant de passer dans la langue anglaise. Là, on le verra s'offrir une deuxième vie dans les milieux internationaux (*Nations unies, Banque mondiale, FMI, etc.*), revenir dans les années 1990 au français, précédé de l'adjectif "bonne" pour définir les critères d'attribution d'aides aux pays en difficulté.

Puis il gagne l'entreprise, où la "corporate governance" devient le nouveau "hit", supplantant la "création de valeurs", obsession des années précédentes. On avait bien "direction" ou "tête", mais ces appellations n'ont pas le ronflant d'un joli "gouvernance" qui, servi à tous les plats et longuement roulé en bouche, est venu rejoindre la catégorie des concepts-à-tout-faire, "incontournables", vides de sens... mais dont nous sommes si friands ! »

(11) « Medical professionalism in the new millennium: a physician charter », *Annals of Internal Medicine*, 2002 Feb 5;136(3):243-6. Voir <https://www.abimfoundation.org/wp-content/uploads/2015/12/Medical-Professionalism-in-the-New-Millennium-A-Physician-Charter.pdf>





CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

LA GOUVERNANCE PASSE PAR LES ÉTUDES DE SANTÉ

Jean-Baptiste Bonnet, Endocrinologue

Les soignants, et plus particulièrement les médecins, parlent souvent de la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) comme d'un péché originel ayant livré la gouvernance hospitalière à une Administration déconnectée du métier de médecin. L'analyse des études de médecine oblige à inverser la question. Les médecins sont-ils aujourd'hui en capacité et en volonté d'assurer la gouvernance de l'hospitalisation publique?

Force est de constater que les études forment à l'obligation de moyens et pas aux contraintes budgétaire ou réglementaire. Lorsque celles-ci apparaissent, elles sont mal comprises et sources de conflits avec l'institution ou le corps régulateur. De même, si le médecin reçoit un enseignement sur les droits de l'assuré et du patient, il n'est que très rarement évalué sur les modes de financement de la santé (sécurité sociale, dette de la Sécurité sociale, financement des centres hospitaliers publics ou privés, etc.). Les spécialités à fort tropisme libéral se plaignent déjà d'une absence quasi totale d'apprentissage à la gestion d'une petite entreprise qu'est le cabinet.

Au-delà de la connaissance générale du système, il existe peu de place, dans les études de médecine, aux carrières

non linéaires. La pharmacie a fait un travail important pour fournir des perspectives vers les écoles de commerce. Il faut dépasser le volume des quelques parcours atypiques de Sciences Po Paris, souvent mis en exergue, et former en nombre au droit, à la gestion des ressources humaines, à l'économie de la santé, etc.

Pour clôturer ce parcours, il faudra être en capacité de pousser, à des postes de direction, des médecins n'ayant pas suivi le processus de sélection linéaire du compagnonnage professoral. Dans les CHU, ces profils n'auront pas pour but de faire de la science ou de la pédagogie. Ils doivent faire de la médecine et de la gouvernance.

En conclusion, si le corps médical ou la nation estiment que les médecins, acteurs de terrain par définition et liés par serment au service du malade, doivent retrouver une place centrale dans la gouvernance hospitalière publique et privée, alors c'est un travail de fond sur les études de santé, à partir de la quatrième année jusqu'à plusieurs années après l'internat, qui doit être mené.

LE CONTRE-EXEMPLE DE GOUVERNANCE DES PAYS NORDIQUES

Éric Trottmann, Conseiller pour les affaires sociales, la santé et l'emploi des ambassades de France en Suède, au Danemark, en Norvège et en Finlande

La gouvernance de la santé dans les pays nordiques, et en particulier en Suède, est beaucoup plus simple qu'en France.

Elle n'est pas assurée par le ministère de la Santé, qui n'a pas de services déconcentrés et dont le rôle se limite au pilotage stratégique des politiques publiques, avec une production normative très sélective, qui vise à garantir essentiellement les droits et les principes fondamentaux du système. Un ministère, c'est un petit état-major. Le ministre a, pour l'essentiel, un cabinet réduit à un conseiller politique et à un chargé de communication. Il travaille directement avec l'administration de son ministère.

La santé est décentralisée sur les collectivités territoriales (comtés et communes) et sur une institution *sui generis*, sans équivalent en France, le **Socialstyrelsen**.

- **Les comtés** (21 en Suède), c'est-à-dire les régions, organisent et assurent la santé. La santé représente 90 % de leurs dépenses.
- **Les communes** (290 en Suède) gèrent le médico-social. (La France, quant à elle, compte 1 800 communes.)
- **Les comtés et les communes** s'appuient, pour assurer la gouvernance de leurs missions, sur leur Association nationale SKL, qui les représente auprès des autorités

nationales et négocie, avec les syndicats professionnels de santé et du médico-social, les conventions collectives applicables.

- **Le Socialstyrelsen**, qu'on peut traduire par « Conseil national de la gouvernance de la santé et du social », qui complète cette gouvernance, est une Haute Autorité, dont le directeur général est nommé par le gouvernement. Il assure les missions de la HAS (recommandations de bonnes pratiques), des Ordres pour l'autorisation d'exercice des vingt et une professions de santé, de la DREES et de l'INSEE (statistiques et évaluation), etc. C'est par lui aussi que passe le Parlement pour distribuer des crédits aux comtés et aux communes pour les politiques expérimentales. Sept agences de sécurité sanitaire et l'équivalent de notre IGAS (Inspection générale des affaires sociales), IVO, participent avec le Socialstyrelsen au pilotage du système, pour garantir la qualité des soins, en particulier l'élaboration de la liste des soins nationaux hautement spécialisés (soins coûteux et complexes) et celle des établissements qui seront autorisés à les pratiquer, pas plus de cinq par spécialité concernée (sept CHU en Suède), en lien avec des représentants élus de six régions sanitaires qui ont été mises en place ces dernières années, pour renforcer la coordination des soins entre les comtés disposant de CHU (six comtés, dont l'un possède deux CHU) et les autres. Autrement dit, l'ensemble des CHU n'assurent pas l'ensemble des soins hospitaliers. La directrice générale actuelle de Socialstyrelsen, Olivia Wigzell, est la présidente du « comité santé » de l'OCDE.

L'ensemble du système bénéficie aussi, de manière privilégiée, des services d'information et d'appui du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CEPCM, ou ECDC pour European Centre for Disease Prevention and Control), dont le siège est à Solna, dans le comté de Stockholm, à côté du pôle nord du CHU de Stockholm.

Le financement est plus simple aussi, car il y a très peu de financement privé (1 %). Seulement 10 % des salariés ont une assurance complémentaire (surtout pour le dentaire, avec un accès plus rapide à des spécialités avec listes d'attentes importantes). La médecine de ville est salariée. Il n'y a que six hôpitaux privés (trois lucratifs et trois non lucratifs) sur les soixante-huit hôpitaux et les sept CHU.

C'est l'impôt sur le revenu local qui finance les politiques dont la collectivité territoriale a la charge, avec des

péréquations (en vue, notamment, de garantir l'égalité d'accès aux soins et à la qualité); c'est le Trésor national qui le collecte.

Il n'y a pas de clivage entre l'État et l'Assurance maladie, car le système est financé par l'impôt. La Sécurité sociale gère seulement les prestations en espèces (les indemnités journalières et les prestations familiales pour l'essentiel).

Les patients ne paient qu'une franchise, qui est plafonnée à 110 euros par an pour les soins et 220 euros pour les médicaments, avec une exonération pour les jeunes et les personnes âgées. Le reste à charge est de 16 %.

L'élément fondamental du système de soins en Suède, ce sont les centres de santé communautaires, avec un réseau très dense et performant, où exercent les médecins de ville en collectif avec une forte délégation des tâches; il n'y a pas de médecin individuel traitant désigné qui soit un point d'accès obligé au système de santé. En revanche, l'accès aux hôpitaux ne peut se faire, en principe, que par l'intermédiaire d'un professionnel de santé. Ils sont financés par les comtés : 80 % à la capitation, un paiement à la performance et directement par les patients (franchises). La plupart sont municipaux.

L'accès au système de santé et les parcours de soins pour les patients sont facilités par un Service national d'accès aux soins, le « 1177 », opérationnel depuis 2013, plate-forme Internet et téléphonique accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, qui, bien que nationale, a été développée et mise en place par une filiale de SKL.

Cette organisation assure une meilleure efficience. Les dépenses de santé en France et en Suède sont proches, de l'ordre de 11 % du PIB. Mais les résultats paraissent meilleurs en Suède, s'agissant de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans en France, qui est supérieure de cinq à six ans en Suède; 78 % des plus de 65 ans sont en bonne santé en Suède, contre 40 % en France.

À noter aussi que c'est l'équivalent de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour la Suède, l'institut Karolinska, autrement dit la composante « universitaire-recherche » du CHU de Stockholm, qui décerne chaque année le prix Nobel de médecine et de physiologie.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

GOUVERNANCE, UNE QUESTION DE MÉTHODE

Christine Schibler, Déléguée générale, et Béatrice Noëllec, Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociale, Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

La montée en puissance du sujet de la gouvernance est le fruit de l'accumulation, année après année, de griefs émanant de nombreux acteurs sur la manière de piloter les politiques de santé. Au-delà des sujets de fond, c'est donc bien la question de la méthode qui est posée, souvent prise en défaut. Elle doit regagner en mise en perspective, en cohérence, en responsabilisation, arrêter le déni de réalité quand quelque chose ne marche pas, et refaire confiance aux acteurs de santé, aux politiques et aux citoyens dans leur ensemble.

MISE EN PERSPECTIVE/TRANSPARENCE

La réforme de notre système de santé est capitale : mais son appropriation par les acteurs est la condition première de sa réussite. La volonté, réelle, de concertation manifestée par le ministère des Solidarités et de la Santé est trop souvent amoindrie par l'incapacité à faire reposer la réforme sur des données tangibles qui viennent l'étayer. L'absence de simulations, d'études d'impact, de trajectoires prospectives claires, nuit à la conviction et au ralliement des acteurs. La donnée est produite de manière éclatée, sur des bases différentes qui ne permettent pas de comparatifs fiables.

→ **Proposition : produire de la donnée partagée pour améliorer le pilotage des politiques de santé sur des bases fiables et appropriables par les acteurs.**

COHÉRENCE/LISIBILITÉ

Le discours politique autour de la coopération des acteurs de santé sur les territoires et du nécessaire décloisonnement est battu en brèche par une gouvernance de la santé disséminée entre de multiples interlocuteurs qui avancent en parallèle. On pense, en premier lieu, au double pilotage Assurance maladie/État. Cet émiettement brouille considérablement les messages. Ainsi, si la stratégie de transformation du système de santé donne un cap clair et globalement partagé par tous, la complexité de sa déclinaison opérationnelle, qui ouvre dix chantiers majeurs à la fois sans hiérarchisation ni priorisation, nuit à la lisibilité et rend largement incompréhensibles les liens entre les différents dispositifs mis en place. Une telle

opacité ne favorise pas l'engagement des acteurs et est propice aux malentendus et aux tensions.

→ **Élaborer avec les acteurs un calendrier réaliste et politique des priorités, plutôt que s'arc-bouter sur un planning d'ordonnances désincarné et le plus souvent irréaliste.**

ÉQUITÉ

L'absence de visibilité sur les critères des arbitrages, notamment d'allocations de ressources, entretient un sentiment d'arbitraire préjudiciable à la confiance. L'organisation même de la gouvernance centrale et déconcentrée, qui gère l'hôpital public et régule l'offre de soins dans son ensemble, engendre une confusion des missions qui peut jeter la suspicion sur le bien-fondé des décisions prises. Ce sentiment d'arbitraire est renforcé par la disparité de traitement, le plus souvent non argumentée, d'un même sujet en fonction des régions. Dire ce que l'on fait, comment on le fait et pourquoi devrait être la base d'une méthode de gouvernance efficace, sous peine de voir persister un ressenti d'absence d'équité.

→ **Renforcer la visibilité autour de la clarté des critères et des finalités des arbitrages financiers rendus.**

CONFIANCE/RESPONSABILISATION

Bien des décisions procèdent d'en haut, de manière déconnectée des réalités de terrain. La gestion du système demeure largement comptable et coercitive, alors que le système devrait être évalué à l'aune des progrès effectués et du service effectivement rendu aux patients. L'approche « statistique » de la pertinence en constitue une bonne illustration. Faire confiance a priori, responsabiliser, puis évaluer constituerait un changement de paradigme majeur. Notre époque ne devrait plus s'accommoder de logiques descendantes et infantilisantes.

→ **Changer de paradigme vers la confiance, la responsabilisation a priori et l'évaluation.**

PRINCIPE DE RÉALITÉ

Bien gouverner, c'est parfois aussi savoir renoncer. Tous les acteurs de santé ont un jour été confrontés à un projet de réforme donnant lieu à une « obstination déraisonnable ». Il y aurait pourtant davantage de bénéfice, face à un projet qui se percute manifestement aux réalités de terrain, à rebattre les cartes, repartir sur de nouvelles bases ou réviser les échéances. Ce fonctionnement génère un sentiment de « rouleau compresseur » technocratique, qui décourage les meilleures volontés.

→ **Privilégier la concertation et le pragmatisme à l'« obstination déraisonnable ».**

Des décisions politiques ambitieuses se muent parfois en objets technocratiques affadis par rapport à leur ambition

initiale et complexifiés à outrance par les acteurs. Par ailleurs, le politique émet des arbitrages, notamment budgétaires (voir le PLFSS), qui peuvent ensuite être remis en question.

Or, la santé est l'un des premiers sujets de préoccupation des citoyens, et les élus (parlementaires, élus territoriaux) sont massivement interpellés sur l'accès aux soins. Dans ce contexte, améliorer l'efficacité du pilotage des politiques de santé nécessite de repenser et de réinvestir le rôle des élus, « facilitateurs » de coopérations de terrain et garde-fous face à certaines pesanteurs administratives. De même, la voix des citoyens/patients/usagers doit être prise en considération dans la gouvernance du système.

→ **Repenser le rôle du politique et de la société civile dans la prise de décision en santé.**

PILOTAGE PAR LES DONNÉES DE SANTÉ ET GOUVERNANCE DU SYSTÈME : UN DÉPASSEMENT DES GRILLES D'ANALYSE TRADITIONNELLES ?

David Gruson, Fondateur, Président d'Ethik-IA

La révolution du pilotage par les données de santé crée de nouveaux espaces de gouvernance du système santé : gouvernance territorialisée; gouvernance sous égide d'écosystèmes professionnels devant donner une place à la démocratie sanitaire. Ces dynamiques de recomposition de la gouvernance du système se situent à distance des grilles d'analyse traditionnelles (centralisation/régionalisation; public/privé).

De nouveaux enjeux apparaissent, en revanche, centraux, comme celui de la coordination entre espaces de data management en santé. La bonne résolution de ces nouvelles problématiques de gouvernance constitue une question absolument centrale pour assurer la soutenabilité de notre système de santé (soutenabilité de l'innovation médicale, soutenabilité économique, soutenabilité politique) dans un contexte de compétition mondialisée croissante sur la production d'algorithmes médicaux et sur le data management en santé.

1) Vers une gouvernance territorialisée par les données de santé ?

Nouveau dans son élément fondamental – les données de santé –, ce management est aussi renouvelé dans son cadre d'application, à savoir la territorialisation. Le management par les données de santé a, ainsi, vocation à constituer une colonne vertébrale de groupements hospitaliers de territoire (GHT) devant davantage s'ouvrir sur l'ensemble des offreurs de soins.

Les évolutions majeures que connaît l'hôpital sont le reflet des transformations profondes et rapides de la société. Le virage ambulatoire, la politique d'amélioration continue de la qualité ou encore le renforcement des exigences d'efficacité ne représentent que les parties les plus visibles d'un profond changement impactant la gestion et de l'organisation hospitalière. Du directeur, chef d'établissement aux cadres de proximité, l'ensemble des managers au sein du système de santé s'engage dans la mise en œuvre de ces transformations.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ

Dans ce contexte, une évolution majeure transforme l'hôpital public en l'engageant dans une construction de stratégie de groupe à l'échelle d'un territoire. La réussite de la mise en place des GHT est largement conditionnée par la capacité du management à mobiliser ses forces et accompagner les équipes dans une démarche commune de changement. À cet égard, le pilotage par les données de santé constitue un point d'appui managérial essentiel pour la construction des nouvelles stratégies territorialisées.

À un échelon territorial, la convergence des systèmes d'information – et, en particulier, des dossiers patients informatisés (DPI) des établissements – constitue un enjeu majeur pour le déploiement de ces nouvelles stratégies médicales territorialisées. Cette convergence constitue une obligation législative avec un curseur fixé à un niveau très élevé, puisque la convergence doit s'opérer autour d'« applications uniques par domaines fonctionnels ».

Mais cette convergence constitue surtout un enjeu de management, dans la mesure où elle est la condition sine qua non à l'engagement de projets stratégiques ambitieux pour les établissements fédérés au sein du groupement. C'est l'occasion de faire travailler ensemble les équipes du groupement sur des projets communs, des organisations communes.

La première étape est naturellement l'organisation d'un management commun des systèmes d'information avec la mise en œuvre d'une gouvernance partagée et de positionnements clairs sur les différentes fonctions techniques en matière de systèmes d'information (SI), mais aussi sur la participation des acteurs médicaux et soignants au management par les SI.

Les étapes opérationnelles de cette convergence doivent être clairement identifiées par les acteurs de terrain. La constitution de la Direction des systèmes d'information (DSI) est la problématique première : qui pour piloter cette direction, avec quelles ressources tant sur le nombre que sur les métiers ? Une articulation appropriée doit être trouvée entre cette nouvelle DSI fédérative à l'échelle du groupement et la constitution, prévue par la loi, de départements d'information médicale (DIM) de territoire.

Les questions juridiques viennent ensuite : par exemple, quels types de marchés seront à effectuer, avec quel processus de transition par rapport aux marchés en cours ? Des choix

techniques essentiels doivent également être opérés, comme le recours à un hébergement externalisé ou le déploiement d'un dispositif de sécurisation de l'identification du patient.

La question des délais encadrant ce processus de convergence est naturellement la plus sensible. Il convient de rappeler que les schémas directeurs des systèmes d'information des groupements ont dû être finalisés pour le 1^{er} janvier 2018. La convergence elle-même doit être achevée au 1^{er} janvier 2021.

Sur le terrain, les premières évaluations montrent que le processus est effectivement engagé, mais qu'il se traduit par une certaine hétérogénéité dans l'avancement des démarches.

Les extensions de systèmes d'information et de dossiers patients informatisés à l'échelle du groupement se heurtent à des obligations de remise en concurrence préalables issues du Code des marchés publics, ce qui représente un obstacle pratique significatif à la construction des parcours de prise en charge des patients. Cette rigidité liée à l'assujettissement au Code des marchés empêche, en outre, la mobilisation de gains d'efficacité importants par la mise en œuvre d'extensions de prestations à l'échelle des groupements.

Ces difficultés pourraient être surmontées par la considération de la convergence des systèmes d'information – et par l'extrapolation de DPI qui lui est associée – comme une prestation in-house au sens du droit communautaire⁽¹²⁾.

2) La constitution d'écosystèmes de pilotage par les données de santé sous égide des professions

Un processus de constitution de cadres de régulation du data management en santé est à l'œuvre à l'échelle des professions et des spécialités médicales.

En radiologie, le projet DRIM France IA intègre, depuis son engagement, une dimension éthique *by design* avec un objectif d'inclusion des représentants des patients. Dans son principe d'engagement de la profession et de ses instances représentatives et sociétés savantes, le projet DRIM repose sur une volonté de mobiliser la profession, dans le respect de son cadre déontologique d'intervention, autour du potentiel d'innovations associé à l'intelligence artificielle.

En ligne avec l'avis n° 129 émis en septembre 2018 par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans le cadre de la préparation de la révision bioéthique, ce volet répond également, au stade appliqué, à une logique de régulation positive permettant tout à la fois la diffusion de l'innovation numérique et une maîtrise des enjeux éthiques associés.

Les membres du Conseil national professionnel de la radiologie française (G4), à savoir le Collège des enseignants de radiologie de France (CERF), la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR), la Société française de radiologie (SFR) et le Syndicat des radiologues hospitaliers (SRH), ont annoncé son lancement en juin 2018. Ce projet fédérateur est engagé par la constitution d'un groupe de travail dont les membres du G4 sont les porteurs, avec le concours d'experts techniques, juridiques, éthiques et déontologiques, et dont l'objectif affiché est une mise en opérationnalité dans les deux ans⁽¹³⁾.

Cette dimension éthique appliquée a vocation à irriguer l'ensemble des projets dans le cadre de DRIM. Elle sera placée sous la supervision d'un comité éthique prévu par les statuts de DRIM France IA – intégrant les représentants des patients – et devant rendre compte au directoire de ses avis et de ses propositions suite aux missions confiées.

L'apport de régulation positive appliquée aux projets mis en œuvre dans le cadre de DRIM France IA aura vocation à être partagé, diffusé et discuté avec les instances de régulation, et notamment la Haute Autorité de santé (HAS), dans l'objectif d'aider à la construction d'un cadre de référentiels de self-compliance permettant de guider le développement responsable de l'IA en radiologie, sans pour autant ajouter de nouvelles normes opposables pouvant brider l'innovation numérique. DRIM France IA a, ainsi, vocation à constituer un levier de recherche et de développement, à partir des projets concrets conduits, en vue de la construction de référentiels de bon usage de l'IA en radiologie largement partagés par la profession radiologique et par l'ensemble des acteurs de soins.

Des modalités souples de coordination de ces démarches de structurations transversales auront à être trouvées avec le nouveau Health Data Hub porté par le gouvernement. Les porteurs de ces écosystèmes affichent, dans leurs objectifs, la volonté – déjà effective pour DRIM France IA – d'y inclure les patients et leurs représentants. Cette inclusion de la démocratie

(13) Hemery (Pia), « Un écosystème de l'intelligence artificielle dédié à l'imagerie médicale va voir le jour », Hospimedia, 5 juin 2018.

sanitaire dans les nouveaux écosystèmes de data management constitue un enjeu clé pour l'avenir de la gouvernance de notre système de santé.

3) Un nouvel enjeu clé de gouvernance : la coordination des espaces de data management en santé

L'émergence de ces nouveaux écosystèmes de régulation sous l'égide des professions pose la question de leur possible articulation avec des cadres de gouvernance portés par les pouvoirs publics, comme le nouveau Health Data Hub ou comme les projets de structuration de portée locale ou régionale.

• **Les entrepôts de données des établissements**
Les établissements de santé sont déjà nombreux à s'être dotés d'entrepôts et de bases de données de santé. Une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été accordée, en janvier 2017⁽¹⁴⁾, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) afin de diligenter un traitement automatisé de données à caractère personnel dans le cadre du déploiement de son entrepôt de données de santé. L'objectif de l'entrepôt est d'agréger les données du système d'information patient Orbis et des logiciels cliniques (imagerie, biologie, anatomopathologie, cancer, etc.). Les règles d'accès et d'utilisation de cet entrepôt avaient été approuvées par la commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP en septembre 2016.

HUGO, groupement de coopération sanitaire (GCS) qui rassemble les CHU de l'ouest de la France, s'est également doté d'un entrepôt de données de santé en 2018. Les CHU d'Angers, de Brest, de Nantes, de Rennes et de Tours ainsi que l'ICO⁽¹⁵⁾ à Nantes et à Angers entraineront leurs données issues des dossiers informatisés des patients sur la plate-forme de données eHop (entrepôt hôpital). La FEHAP⁽¹⁶⁾ fédère, quant à elle, ses établissements sur les démarches engagées dans le domaine du management par les données, et plus particulièrement en matière d'intelligence artificielle (IA). UNICANCER⁽¹⁷⁾ mène le projet Consor (Continuum Soins

(14) Délibération n° 2017-013 du 19 janvier 2017, autorisant l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité un entrepôt de données de santé, dénommé « EDS » (demande d'autorisation n° 1980120). Voir également « La création de l'entrepôt des données de santé de l'AP-HP validée par la CNIL », www.ticsante.com, 16 mars 2017.

(15) Institut de cancérologie de l'Ouest.

(16) Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs.

(17) Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

Recherche) – base de données commune aux centres de lutte contre le cancer – et OncoSNIPE, projet d'intelligence artificielle apprenante relative aux biomarqueurs dans les cancers du sein, du pancréas et du poumon.

• **La constitution du Health Data Hub**

Dans son avis n° 129 précité, le CCNE relève que le déploiement d'une plate-forme nationale sécurisée de traitement des données de santé constituerait un outil précieux pour trouver un équilibre entre besoin de partage des données de santé et nécessité de protection.

Le CCNE relève que « la constitution d'une telle plate-forme nationale assortie d'un niveau de sécurisation adapté permettrait d'aller plus loin, de renforcer les souverainetés numériques individuelle ou collective en particulier au niveau européen, de rassurer les acteurs et de porter des initiatives relatives à l'intelligence artificielle sur une échelle beaucoup plus large. Ce projet de "Hub" peut représenter une voie

pertinente pour combiner impératif de protection et nécessité de partage des données. S'agissant de ses modalités d'alimentation, deux voies sont théoriquement possibles :

- un recueil de consentement éclairé au cas par cas pour le partage secondaire des données dans le cadre d'un tel hub ;
- un mécanisme de consentement présumé au partage de données en cas d'intérêt public et dans le cadre de ce dispositif national sécurisé. »

La mise en œuvre d'un mécanisme de consentement présumé au partage de données en cas d'intérêt public et dans le cadre de ce dispositif national sécurisé peut constituer une piste opérationnelle très intéressante pour structurer une gouvernance efficace. Nous serions, dans un domaine naturellement très différent, sur un schéma juridique relativement proche du dispositif existant en matière de prélèvements d'organes.

LES RECO DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 2012-2019



2012

POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS

- Faire de la santé et de son financement un grand débat public
- Impliquer et responsabiliser les professionnels
- Anticiper la mutation stratégique des établissements hospitaliers
- Mieux gérer les maladies chroniques
- Organiser et financer la prévention

2013

UNE NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS ET UNE PLATE-FORME TERRITORIALE DE COORDINATION

- Pour améliorer la qualité de vie des plus de 75 ans vulnérables
- Pour optimiser les dépenses sanitaires et sociales, publiques et privées

2014

COORDINATION DES SOINS

QUATRE MESURES POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS, CONDITION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE

- Identifier et rémunérer sans ambiguïté le coordonnateur des soins, et faire de la rémunération des professionnels et de la facturation des établissements deux leviers majeurs
- Développer une politique territoriale contractuelle et donner aux agences régionales de santé les moyens d'agir
- Recenser les initiatives, labéliser et promouvoir les plus efficaces, informer les patients
- Développer des solutions technologiques appropriées à cet objectif : le dossier informatisé de coordination des soins

2015

DONNER AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS LES MOYENS DE FAIRE DES ÉCONOMIES

- Le pouvoir politique ne doit pas entraver la recherche d'efficacité des établissements hospitaliers
- Les équipes de direction générale et médicale doivent être mobilisées par une réelle autonomie de gestion
- Le public doit être informé en transparence totale

2016

QUE LA SANTÉ FASSE PARTIE DES DÉBATS DE L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE DE 2017

2017

POUR DES SOINS DE QUALITÉ, AGIR EFFICACEMENT SUR LES TARIFS

- Comment faire en sorte que chacun ait intérêt à se mobiliser ?

2018

MOBILISONS L'INNOVATION, POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

2019

HUIT PRÉCONISATIONS, POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE EN SANTÉ

Notes



Notes



TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2020 SUR
www.thinktank-economiesante.fr

#thinktankeconomiesante

NOS PARTENAIRES

abbvie

AMGEN®

FERRING
PRODUITS PHARMACEUTIQUES

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

IMA
ASSURANCES

KPMG

Medtronic

mgen*

NOVARTIS

GRUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ

PHILIPS

LE DISPOSITIF MÉDICAL
snitem
Pour faire avancer la santé

VIDAL
GROUP

Contact : Laëtitia DE KILKHEN • 01 87 39 77 96 • ldekilkhen@lesechosleparisien.fr

UNE PRODUCTION

Les Echos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS