

“ Nous devons procéder à une nouvelle alliance nationale pour la santé ”

Un ministère de la Santé et des Affaires sociales, trois réseaux nationaux d'assurance maladie et des régimes spéciaux, 26 agences régionales de santé (ARS), plus de 400 complémentaires santé, 101 conseils généraux : autant d'organismes chargés de l'offre sanitaire et médico-sociale, publique et privée... Pour **Christophe Jacquinet**, ancien directeur général de l'ARS Rhône-Alpes qui a quitté son poste en février 2014, aujourd'hui consultant chez Santéliance, « *l'hyperatomisation de la responsabilité dans le pilotage du système de santé* » est l'obstacle majeur à l'obtention de gains de performance. Il plaide pour la mise en place d'un système national de santé assurantiel.

Propos recueillis par

Gaëlle Desgrées du Loû

Les Français sont inquiets de la dégradation des conditions d'accès aux soins. La grogne des médecins enfle. Quel regard portez-vous sur la situation de notre système de santé ?

Christophe Jacquinet : Il ne faut pas que nous tombions dans le piège d'opposer professionnels de santé libéraux et salariés. Tous partagent cette inquiétude vis-à-vis du système de santé

La priorité concrète : arrêter la baisse délétère des tarifs hospitaliers

hyperadministré, qu'on voit craquer sous nos yeux. Quand les médecins généralistes s'opposent au tiers payant généralisé, ils parlent à la fois d'un sentiment de dévalorisation de l'acte médical et d'une complexité administrative supplémentaire. Mais les hospitaliers sont aussi confrontés aux mêmes défis : le choc démographique médical (jusqu'en 2020-2025, le temps disponible de médecins va baisser d'au moins 10 %) ; le défi majeur

des maladies chroniques avec des patients plus complexes (25 % de la population en 2018) et le défi du vieillissement de la population (10 % de la population aura plus de 75 ans en 2018, avec 100 000 personnes dépendantes supplémentaires par an). Cela pèse sur les modes de prise en charge et sur l'évolution des dépenses de santé de notre pays qui augmentent plus vite que notre PIB. Enfin, pour les hospitaliers, il y a un autre choc qui est la baisse des tarifs hospitaliers publics et privés. Ces professionnels de santé n'ont pas choisi le mode de tarification de la T2A. Ils ne décident pas non plus d'augmenter ou non les volumes à l'hôpital, or les tarifs hospitaliers baissent parce que les volumes ne sont pas respectés par rapport à l'Ondam. Dans la stratégie nationale de santé, la priorité concrète n'est pas d'annoncer un pacte de confiance à l'hôpital, mais bien d'arrêter cette baisse délétère des tarifs hospitaliers. Je le dis d'autant plus que j'ai été très exigeant avec le secteur hospitalier.

Votre départ de l'ARS s'explique-t-il par cette politique ?

J'avais fixé pour objectifs économiques en Rhône-Alpes de ré-

duire les déficits des hôpitaux, de dégager des budgets en faveur de la prévention en les doublant de 15 à 30 millions d'euros sur trois ans et de soutenir financièrement toutes les nouvelles organisations en médecine générale. Pour financer cela, il fallait que les établissements de santé soient plus performants, en engageant des restructurations en public comme en privé. Si on cherche à faire des économies dans le secteur hospitalier, ce n'est pas en baissant les tarifs hospitaliers qu'il faut le faire, mais bien en réduisant le nombre de plateaux techniques inutiles. Et il y en a beaucoup. Si on comptabilise les honoraires des médecins exerçant en cliniques privées, le secteur hospitalier représente près de 50 % des dépenses de santé, contre moins de 30 % en moyenne dans l'OCDE. Cela fait un écart d'au moins 20 milliards d'euros par an. Nous avons engagé cette restructuration. Lorsque j'ai quitté mes fonctions, les professionnels de santé libéraux ont bien compris que le gouvernement préférerait soutenir quelques élus conservateurs et clientélistes de sa majorité, plutôt qu'un haut fonctionnaire prêt à prendre des risques en faveur des professionnels de santé de proximité.

Les médecins libéraux s'inquiètent de l'augmentation du rôle dévolu aux ARS. Que leur répondez-vous ?

Il y a une incompréhension sur ce sujet entre le gouvernement et les médecins libéraux. Quand la ministre évoque dans le projet de loi le service territorial de santé (voir p. 14) au public, elle propose un dispositif très proche des contrats locaux de santé. À aucun moment il n'est indiqué que les ARS vont décider de l'installation de telle ou telle maison de santé sur un territoire. Chacun des acteurs devra être libre de contractualiser ou non. Le gouvernement devrait sans doute supprimer cette appellation et lui préférer celle de contrat territorial de santé. Dans le fond, cette incompréhension est due au fait que l'État est juge et partie. Les libéraux pensent que, puisque l'État est propriétaire des hôpitaux publics, son intérêt serait de les défendre... contre eux. C'est précisément parce que l'État n'est plus capable à la fois de gérer l'hôpital public et de réguler le système de santé en toute efficacité et sans conflits d'intérêt, que le mode de pilotage du système de santé est dans une impasse.

Comment réformer ce mode de pilotage ?

Derrière tout cela, il y a une question de modèle social. Nous sommes en face de deux chemins. Ou nous renforçons un système de santé solidaire, basé sur les valeurs républicaines d'égalité dans l'accès aux soins et de fraternité dans le financement des soins, de façon à bénéficier des soins indépendamment de sa rémunération. Ou nous nous engageons dans une deuxième voie dans laquelle, puisque notre système de santé dépense trop – les dépenses de santé françaises représentent 240 milliards d'euros

par an, environ 12 % de notre PIB, dont 76 % financées par l'Assurance maladie obligatoire – il faudrait externaliser un certain nombre de dépenses d'Assurance maladie vers les complémentaires santé. Le gouvernement a transposé l'accord national interprofessionnel relatif à l'obligation des entreprises de proposer à leurs salariés dès 2016 une complémentaire santé. Cela ouvre la porte à des transferts progressifs de l'Assurance maladie vers les assureurs en santé. Ce que je trouve profondément choquant, c'est que ce débat ne se fait pas de façon démocratique. De façon subreptice, plutôt que d'essayer de contenir les dépenses de santé, on organise progressivement un système dans lequel les complémentaires santé financeront davantage la prise en charge des patients. Nous sommes dans une situation où le pouvoir d'achat est en baisse et où les entreprises françaises ont un problème de compétitivité. Or qui va financer ces complémentaires ? Les entreprises, *via* l'emploi ...

Alors que près de 100 000 personnes par an depuis trois ans ne renouvellent plus leur adhésion à une complémentaire santé, la question essentielle ne porte pas sur l'accès aux complémentaires santé, mais sur la pertinence de développer leurs poids. Si nous voulons conserver un modèle de santé solidaire et républicain, il faudra renforcer l'Assurance maladie, qui devra être plus exigeante avec les hôpitaux et les patients. Et pour cela nous devons procéder à une nouvelle alliance nationale de tous les acteurs du système de santé : parlementaires, établissements de santé, professionnels de santé, industriels et représentants des patients et des salariés. On pourrait aussi décider que les complémentaires santé remboursent au pre-



« La question essentielle ne porte pas sur l'accès aux complémentaires santé mais sur la pertinence de développer leur poids. »

mier euro des prestations qui ne relèvent pas de la solidarité nationale et qui sont très coûteuses, la traumatologie du ski, par exemple.

Quels doivent être les fondements stratégiques de cette organisation ?

Le nouveau pilotage unifié du système de santé doit être fondé sur une triple logique. En premier lieu, une logique de résultats, en donnant la primauté au blocage par le Parlement d'un certain niveau de dépenses de santé par rapport au PIB et au financement de l'innovation diagnostique, thérapeutique et organisationnelle. Puis une logique assurantielle avec la primauté à l'Assurance maladie obligatoire pour les risques solidaires et aux assurances individuelles pour les risques individuels. Enfin une logique de démocratie sanitaire, en organisant un mouvement français des patients. Le gouvernement et le Parlement conserveraient la seule maîtrise d'ouvrage de la stratégie nationale de santé, c'est-à-dire la définition des objectifs de santé publique et de budget. L'État n'étant pas en capacité d'assurer avec efficacité la mise en œuvre de la politique en matière de promotion et de prévention de la santé et de la politique en matière d'offre de soins dans les secteurs sanitaire et médico-social, celle-ci serait confiée à un nouvel organisme indépendant, le système national

de santé, assurantiel et obligatoire, chargé de l'organisation des moyens et de l'allocation des ressources. Les ARS resteraient les directions régionales du système national de santé. Autre sujet : l'hôpital public que les ARS et le ministère de la Santé ne sont pas les mieux à même de gérer, car on ne peut pas être

à la fois régulateur et tutelle d'un organisme. Puisque la grande souffrance de l'hôpital public est due au fait que tout le monde s'occupe de lui, sans vraiment le faire de façon approfondie, qu'il s'agisse des élus locaux, des ARS, de la DGOS, de l'Anap, de la HAS, du CNG, du cabinet de la ministre, de la FHF, etc. je

plaide pour la création d'un groupe hospitalier public national. Il serait composé de décideurs nationaux et territoriaux (autour des directeurs généraux de CHU), et serait chargé de la stratégie, de la gestion, de l'investissement et des statuts des personnels des hôpitaux publics, pour les faire réussir. •

Vers une nouvelle dynamique territoriale ?

Réunies mi-décembre à Lyon pour une conférence-débat sur l'organisation des réponses en santé, les régions Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté et Rhône-Alpes ont évoqué les contours du futur service territorial de santé.

Gaëlle Desgrées du Lou

« **L'**idée n'est pas d'aller vers une santé administrée mais bien que les acteurs s'approprient les questions de santé », a affirmé Bernadette Devictor, présidente de la Conférence

nationale de santé, auteur du rapport sur le service public territorial de santé. Venue assurer la promotion de cette « nouvelle approche territoriale et populationnelle », elle a défendu une meilleure adaptation aux réalités des territoires et le développement du rapprochement des secteurs social, médico-social et sanitaire. Les territoires de proximité, définis avec les acteurs, couvriront une population de 200 000 habitants, passant par exemple en Rhône-Alpes des 5 territoires de santé actuels à une trentaine. Élément fondamental de ce nouveau dispositif : l'établissement d'un « diagnostic à 360 degrés » qui permet de faire un repérage large et partagé des besoins, des situations et des personnes puis d'établir un projet local de santé. L'objectif étant de répondre à trois engagements : la continuité (horaire et le long du parcours de santé), l'accessibilité (géographique, tarifaire, pour tous) et la qualité. « La gouvernance est définie selon les besoins. Les conférences de territoire sont transformées en conseils territoriaux de santé,

afin de mettre en œuvre les projets territoriaux de santé. Sur le plan opérationnel, un conseil local de santé composé des acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social, de la prévention, des collectivités locales et des acteurs du domicile assure l'organisation des prises en charge », a précisé la vice-présidente du CISS Rhône-Alpes, co-organisateur du débat avec l'Union des fédérations hospitalières publiques du Sud-Est. Alors que les syndicats médicaux – la CSMF en premier lieu – contestent le pouvoir accru des ARS dans la future loi de santé, Bernadette Devictor s'est voulue rassurante : « Les ARS auront un rôle essentiel d'animation territoriale mais pas d'administration. » Le directeur général de l'offre de soins, Jean Debeaupuis, était toutefois intervenu peu auparavant pour évoquer la régulation par la pertinence des soins, une mesure qui permettra « d'aller plus loin dans la collaboration entre les ARS et l'Assurance maladie, afin de contractualiser sur des améliorations ciblées ». •

Clés pour une gouvernance partagée

Pour le Dr Gérard Mick, président de l'Union nationale des réseaux de santé et praticien hospitalier, « la gouvernance partagée est le socle de la démocratie sanitaire et des coopérations territoriales en santé ». Sur le terrain, elle se manifeste par la coordination des parcours de santé et passe par un nouveau mode d'organisation des relations entre intervenants/opérateurs, décideurs institutionnels et usagers. Gérard Mick en a décrit les principes : évaluation de la situation AVEC le médecin traitant et les acteurs référents, évaluation au domicile par les équipes compétentes, sanitaires ou médico-sociales puis identification des acteurs principaux de la prise en charge globale (biopsychosociale), incluant un coordonnateur d'appui. Qui faut-il solliciter en priorité ? « L'acteur le plus disponible à un moment donné et l'acteur le plus compétent pour un problème donné. » Un coordinateur identifié et le médecin traitant gèrent ensuite le parcours de prise en charge du patient. « La coopération des acteurs territoriaux doit être basée sur la complémentarité et la subsidiarité, voire la délégation de tâches en toute sécurité », a-t-il souligné.