

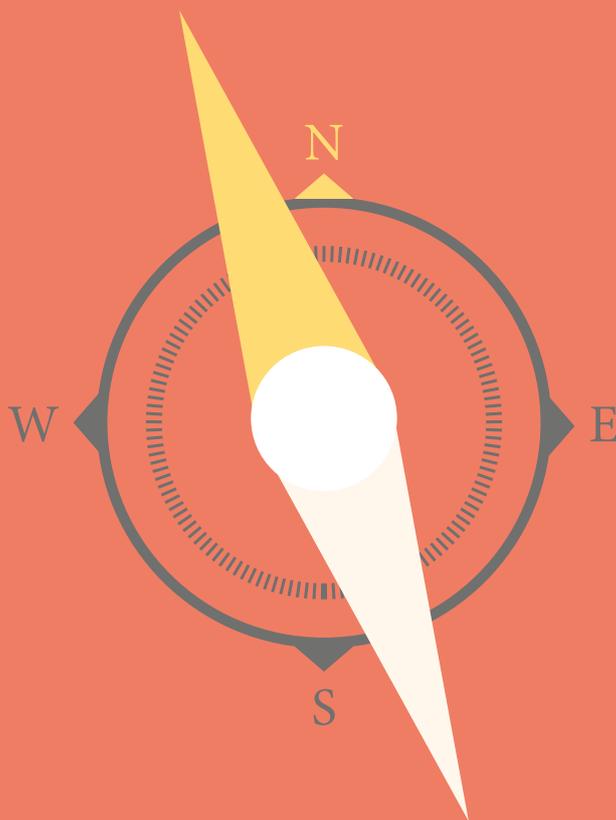
# CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°10 FÉVRIER 2018

LE DOSSIER CENTRAL

## QUELLE NOUVELLE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA CRISE ?



### Le focus

Quelles sont les réformes sociales  
du gouvernement en 2018 ?

10

### La tribune

L'innovation au service  
de l'efficacité clinique et  
organisationnelle

Jeannick Tarrière

40

### Le portrait

Un "mine" au charbon

Claude Tarall

36

<p><b>4 L'image</b></p> <p>Dîner-débat avec Gilles Johonet, Procureur Général à la Cour des comptes</p> <p><b>6 L'actualité</b></p> <p>Ambition, création, détermination !</p> <p><b>8 L'agenda</b></p> <p><b>9 N'oublions pas !</b></p> <p><b>10 Le focus</b></p> <p>Quelles sont les réformes sociales du gouvernement en 2018 ?</p>	<p><b>12 Le dossier central</b></p> <p>Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ? Christophe Jacquinet</p> <p><b>Les interviews</b></p> <p><b>15 Philippe Durand</b> Directeur Général de Capio France</p> <p><b>20 Philippe El-Saïr</b> Directeur Général du CHRU de Brest</p> <p><b>26 Didier Bazzocchi</b> Directeur Général de Covéa Santé Prévoyance</p> <p><b>32 Patrick Bouet</b> Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins</p>	<p><b>36 Le portrait</b></p> <p>Un "Mine" au charbon Claude Tarall, Président de la CARAC</p> <p><b>38 Les tribunes</b></p> <p>Le progrès technique en santé : le virage numérique de l'anatomie et cytologie pathologique (ACP) Jean-Paul Ségade et Frédéric Bouvier</p> <p>L'innovation au service de l'efficacité clinique et organisationnelle Jeannick Tarière</p> <p><b>43 Parole d'Expert</b></p> <p>Accès partiel et raisonnement partial Philippe Fourny - Délégué Général de l'UFOP</p> <p><b>44 Si vous avez loupé...</b></p>
--	--	--



L'ÉDITO

## Le CRAPS vous présente ses meilleurs vœux pour 2018 !

Jean d'Ormesson était fasciné par le Temps. Son œuvre en fait suffisamment état. Relisons la gloire de l'Empire, Au plaisir de Dieu, feuilletons la Douane de mer ou l'Histoire du juif errant et nous en serons convaincus ! Le temps n'est pas à l'évidence l'œuvre des Hommes. Est-ce pour cela que ceux-ci ont dès le début de l'aventure humaine tenté de l'apprivoiser en lui attribuant un rythme, ne serait-ce que par le calendrier qu'il soit grégorien, qu'il fut révolutionnaire et par bien d'autres choses : du sablier à la montre, du découpage en ères puis en siècles au point d'en faire un pilier de leur philosophie, des lois de la relativité à la science quantique...

noué on ne peut plus rapidement des relations tant en Afrique qu'en Europe qui ne manqueront pas de renforcer à la fois son image et sa voix au sein de la communauté des think tanks.

C'est donc fort de ses acquis que le CRAPS doit entrer dans cette nouvelle année 2018 plus résolu que jamais à œuvrer pour la préservation de ce qui reste une aventure noble, désintéressée au service de toutes et tous...

C'est avec une foi intacte en notre œuvre collective commencée il y a presque 10 ans que je vous souhaite une bonne et heureuse année 2018 pour vous et tous les vôtres. Que ces vœux chaleureux et fraternels vous apportent dans ce monde complexe les ingrédients indispensables à la joie et à la sérénité ! Bonne année et à bientôt pour d'autres aventures ! ■

Fêter une nouvelle année, c'est être fataliste ! Admettre que le temps passe comme le sable file entre les doigts d'une main, c'est accepter la réduction inéluctable de sa propre vie, donc de sa propre action c'est-à-dire de sa liberté ! Ce n'est pas le moindre paradoxe...

<sup>1</sup> « Nouveau monde, nouvelle Protection sociale ».

Est-ce pour cela qu'il « n'est de richesses que d'Hommes » ? Non bien sûr, mais un peu quand même, tant l'Homme se sachant mortel redouble d'énergie pour donner un sens à la notion de progrès dont lui seul sur terre a conscience.

Cette énergie au service du progrès social, le CRAPS n'en a pas manqué tout au long de cette année 2017, comme depuis sa création ! Renforçant ses activités traditionnelles axées sur les dîners-débats et les Crapslog, développant sa ligne éditorialiste avec un nouvel ouvrage<sup>1</sup> devenu une référence, co-fondateur des Assises nationales de l'Appareillage l'Orthopédique et invité à l'émission « Le Grand Témoin » sur la Chaîne Parlementaire. Et comme la Protection sociale est une notion universelle, sa vice-présidence internationale récemment créée a



JEAN-CLAUDE MALLET  
PRÉSIDENT DU CRAPS



CRAPSL0G, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS

54, rue René Boulanger - 75010 PARIS  
01 73 75 41 09  
accueil@association-craps.fr  
www.association-craps.fr

**Directeurs de publication**  
Jean-Claude Mallet et Fabien Brisard

**Directeur du comité de rédaction**  
Hervé Chapron

**Conception et Réalisation**  
Pierre-Maxime Claude

**Crédits Photo**  
Shutterstock



Dîner-débat avec  
Gilles Johanet,  
Procureur Général  
à la Cour des  
comptes, le 29  
janvier au Sénat  
au sein du Salon  
Pourpre.





## L'ACTUALITÉ DU CRAPS

### Ambition, création, détermination !

**E**mpruntons au vocabulaire cycliste l'expression changement de braquet pour caractériser l'année 2017. C'est bien avec un braquet de toute autre ampleur que précédemment que le CRAPS a parcouru l'exercice qui vient de s'achever. Jugez-vous même ! Rien qu'au second semestre, que ce soit à l'international, avec différents voyages d'études au Maroc, par deux fois, au Japon et au Togo, ou au niveau national avec la publication de deux CRAPSLOG, l'un dédié au secteur de l'appareillage orthopédique et l'autre à l'implantation du modèle mutualiste dans les pays en voie de développement, l'organisation des premières Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique et un dîner-débat au Sénat autour de Gilles Bonnefond, Président de l'USPO, la production d'un court-métrage « Les chemins de la reconquête », l'installation de quatre commissions ayant comme objectif la rédaction d'ouvrages et enfin un entretien à l'Élysée avec Pierre-André Imbert et Marie Fontanel, respectivement Conseiller Social et Conseillère Santé du Président de la République, le CRAPS ne démontre-t-il pas que le surmenage est l'hygiène des forts et entame cette nouvelle année avec ambition, création et détermination !

**La profession du pharmacien et la santé au travail au cœur de nos préoccupations en décembre !** Ainsi, le CRAPS a clôturé son année 2017, avec un dîner-débat autour de Gilles Bonnefond, Président de l'USPO. Sur le thème, « Quelle place et quelle évolution pour les pharmacies d'officine dans les territoires de santé ? », Gilles Bonnefond a brillamment exposé les enjeux de la profession de pharmaciens au sein des territoires. Autre événement de décembre, la participation du CRAPS à la journée Santé au Travail organisée par la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine à Casablanca, le 19 décembre. Ce fut l'occasion pour Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS, d'intervenir en guise d'introduction aux côtés du Président de la CMIM, Abdelaziz Alaoui, du Secrétaire Général de l'UMT, Miloudi Moukharik, de la Députée et Administratrice de l'OIT, Amal El-Amri, du Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr

Houcine Maaoui. S'en est suivi, un exposé de Pierre Simon, membre du Bureau du CRAPS, sur l'apport de la télémédecine précédant à la tribune Hervé Chapron, 1er Vice-Président du CRAPS, sur le thème, « Emploi : Enjeu de santé publique ».

**Un dîner-débat et un petit-déjeuner débat pour entamer 2018 !** Pour débiter l'année 2018, le CRAPS a convié le 29 janvier au Sénat Gilles Johanet, Procureur Général près de la Cour des comptes à un dîner-débat. Devant une salle comble, l'ancien Directeur Général de la CNAMTS, a livré quelques réflexions bien senties sur le thème : « Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun ! ». Une semaine plus tard, notre think tank a décidé d'adopter un nouveau format de rencontre avec les décideurs, en l'occurrence un petit-déjeuner débat inauguré par un de nos partenaires, YCE Partners, représenté par Marc Doaré, Co-Président avec Anthony Salic, et Stéphanie Andrieux, Manager Senior dans ce cabinet de conseil spécialiste du secteur de la Protection sociale. Sur le thème du prélèvement à la source, ces trois experts ont judicieusement expliqué devant notre assemblée, les différents enjeux et les conditions de réussite de cette réforme qui sera appliquée dès le 1er janvier 2019.

**Des ouvrages en préparation dans les coulisses de notre think tank !** Déjà évoqués lors du dernier CRAPSLOG, quatre commissions ont été installées dans l'optique de rédiger plusieurs ouvrages livrant de nouvelles propositions et recommandations sur les thématiques suivantes : « L'organisation des territoires de santé », « Les régimes obligatoires et complémentaires, quelle articulation ? », « Quel financement pour pérenniser notre système de Protection sociale ? » et enfin, « Quel avenir pour notre système de retraite ? ». Aujourd'hui, travaillent 10 à 20 experts, membres et partenaires confondus, au sein de réunions thématiques régulières afin de débattre et de proposer de nouveaux paradigmes pour notre patrimoine commun : notre Protection sociale !

### Le 13 mars : un dîner-débat d'exception !

« Territoires de santé, public, privé : mariage de raison ? », voici le thème que nous avons choisi pour le prochain dîner-débat, qui aura lieu le 13 mars, organisé en partenariat avec le groupe AHNAC, présidé par Dominique Diago. Autour d'une table ronde prestigieuse à laquelle participeront Olivier Véran, Rapporteur Général de la LFSS 2018, Frédéric Valletoux, Président de la FHF, Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF et François-Emmanuel Blanc, Directeur Général du groupe AHNAC, pour échanger sur les enjeux de l'articulation des établissements de santé privés et publics et de l'ensemble des acteurs de notre système de santé.

### De nouveaux vecteurs de communication !

Depuis quelques années, le CRAPS utilise le numérique : magazines en ligne, newsletters, site internet mais aussi des vidéos via sa chaîne Youtube ! C'est pour renforcer l'extériorisation de ses travaux, qu'en 2018, nous allons vous proposer plusieurs interviews vidéo d'experts crapsiens sur divers sujets de notre Protection sociale ! Vous pouvez dès à présent les consulter sur notre chaîne Youtube, sur notre site internet via la rubrique CRAPS TV ou encore sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter). Notamment les plus récentes à l'instar des interviews réalisées avec Gilles Johanet, Procureur Général à la Cour des comptes, et David Gruson, Conseiller Maître à la Cour des comptes, porteur de l'initiative Ethik-IA et ancien Délégué Général de la FHF ! ■



CRAPS TV

## Interviews

### Gilles Johanet

Procureur Général à la Cour des comptes



### David Gruson

Conseiller Maître à la Cour des comptes  
Porteur de l'initiative Ethik-IA





## L'AGENDA

L'événement à ne pas rater !

13 MARS 2018 - MAISON DES POLYTECHNICIENS

**TERRITOIRES DE SANTE**

**PUBLIC, PRIVÉ MARIAGE DE RAISON ?**

**DÎNER-DÉBAT SEULEMENT SUR INVITATION**



### 01 février 2007

Interdiction totale de fumer dans les lieux publics en France avec une dérogation pour les bars, restaurants et discothèques. Cette dérogation disparaîtra le 1er janvier 2008.

### 24 février 1987

Michèle Barzach, ministre de la Santé, présente un programme de lutte contre le SIDA déclaré «grande cause nationale»

### 25 janvier 1961

Mise en place de l'Assurance Maladie des exploitants agricoles

### 11 février 1950

Création du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), à l'initiative du ministre du Travail, Paul Bacon.

### 17 janvier 1948

Une loi institue un régime de retraite autonome pour les artisans

### 23 mars 1944

L'assemblée consultative reconnaît aux femmes françaises le droit de vote et l'éligibilité

### 06 mars 1899

Le laboratoire allemand Dreser dépose à Munich le brevet de l'aspirine

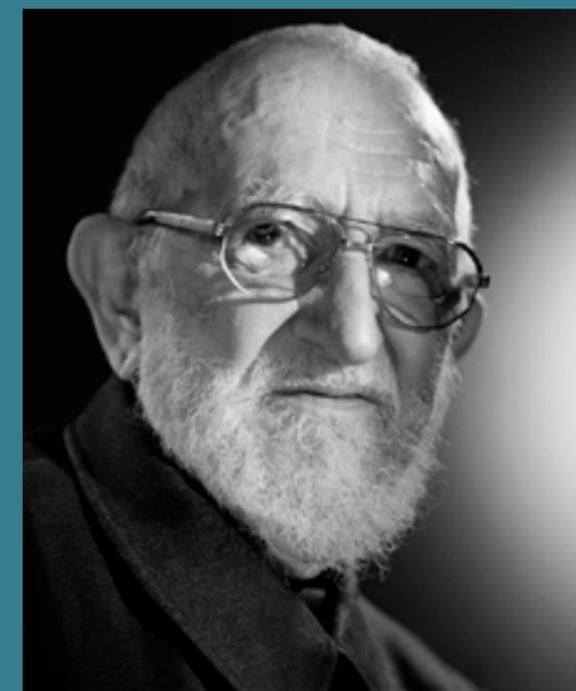


N'OUBLIONS PAS !

Ça s'est passé en ce moment

### 22 janvier 2007

Décès de l'Abbé Pierre



### 5 août 1912 - 22 janvier 2007

Henri Grouès, dit l'Abbé Pierre, est un prêtre catholique français d'abord capucin puis du diocèse de Grenoble, résistant, puis député, fondateur du mouvement Emmaüs comprenant la Fondation Abbé-Pierre pour le logement des défavorisés et de nombreuses autres associations, fondations et entreprises de l'économie sociale, en France.



FOCUS

Quelles sont les réformes sociales du gouvernement en 2018 ?

# 1

## LES 3 RÉFORMES DE L'ASSURANCE CHÔMAGE, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE L'APPRENTISSAGE

### QUAND ?

Projet de loi présenté au  
**PRINTEMPS 2018**  
au Parlement

### LES OBJECTIFS ?

- Rendre plus efficace la formation professionnelle
- Développer massivement l'offre d'apprentissage pour lutter contre le chômage des jeunes en associant davantage les jeunes
- Ouvrir l'Assurance Chômage aux indépendants, et aux démissionnaires porteurs d'un projet (tous les 5 ans)
- Renforcer la présence de l'Etat au sein de la gouvernance de l'Unédic
- Mieux contrôler les chômeurs
- Freiner l'usage des contrats courts

# 2

## LA RÉFORME DES RETRAITES

### QUAND ?

Prévue pour mi-2018, la réforme devra finalement être finalisée d'ici à  
**L'ÉTÉ 2019**  
d'après le chef de l'Etat

### LES OBJECTIFS ?

- Faire converger la quarantaine de régimes de retraite en un système "universel"
- Le régime souhaité : un euro cotisé garanti à tous les mêmes droits, en privilégiant un système à points
- Débattre sur le sort des régimes spéciaux et complémentaires, ainsi que les droits familiaux, les pensions de réversion, le minimum vieillesse et les autres mécanismes de solidarité

# 3

## "PACTE" POUR L'ENTREPRISE

### QUAND ?

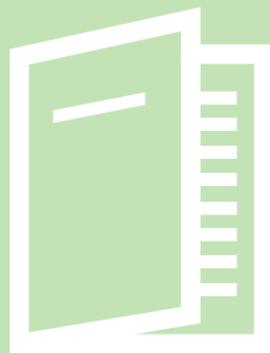
Le projet de loi "Pacte" - Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises est promis pour  
**AVRIL 2018**

### LES OBJECTIFS ?

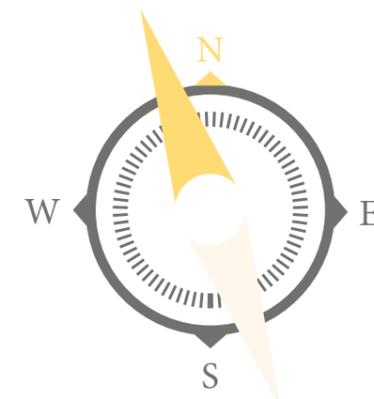
- Simplifier les règles de transmission
- Favoriser l'accès au financement
- Développer l'intéressement des salariés
- Réformer l'objet social
- Texte destiné à "faire grandir" les PME françaises face à la concurrence internationale

## AUTRES PROJETS DE LOI ET DÉCISIONS ANNONCÉS EN 2018

- Politique du logement
- Stratégie de lutte contre la pauvreté
- Nouveau plan de l'autisme
- Mettre en oeuvre progressivement une offre sans reste à charge pour l'optique, le dentaire et les audioprothèses



# QUELLE NOUVELLE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA CRISE ?



Par

Christophe

# JACQUINET



**Président** de Santéliance Conseil

**Directeur Général** de Doc&You

**Ancien Directeur Général** d'Agences Régionales de Santé

“ En résumé, la partie ne va pas être facile » La question des modalités de financement des dépenses de santé est fondamentale. Elle détermine le modèle de Protection sociale pour le risque maladie, autant que les conditions de travail des professionnels et les ressources publiques disponibles pour d'autres politiques publiques.

Le problème est le suivant : chaque année depuis cinq ans, le gouvernement et sa majorité cherchent la solution pour financer une augmentation naturelle des dépenses publiques de santé d'environ 4% (soit 7 à 8 milliards d'euros) supérieure à la croissance des recettes de la Sécurité Sociale.

Depuis 2012, c'est la solution des économies sur les dépenses qui a été retenue, plutôt que d'autres solutions comme l'aggravation du déficit de la branche santé de la Sécu, l'augmentation des cotisations sociales, la réduction des remboursements par l'Assurance Maladie publique ou l'allocation budgétaire publique en faveur de la santé plutôt que pour d'autres politiques publiques.

Si on continue dans cette voie et si la croissance économique n'est pas supérieure à 2% par an dans les cinq prochaines années, les économies à réaliser dans les dépenses publiques de santé seront plus importantes que les 15 milliards d'euros d'économies annoncés par le Président de la République avant son élection. C'est plutôt 4 milliards d'euros d'économies qu'il faudra trouver chaque année. À savoir 3,5 milliards d'euros pour financer la moitié de l'augmentation naturelle des dépenses publiques de santé, dont près

de 1 milliard euros pour les innovations thérapeutiques. Et environ 0,5 milliard d'euros pour réduire le déficit structurel de l'Assurance Maladie publique.

Mais si la reproduction du plan d'économies engagé depuis 2015 doit se faire sans un projet structurel de transformation du pilotage du système de santé et des hôpitaux publics, le gouvernement et sa majorité se trouveront rapidement confrontés à de grandes difficultés avec les trois principaux secteurs de la santé.

1) Sans réforme structurelle du pilotage du système de santé, de nouvelles réductions annuelles de près de 2% des tarifs des séjours hospitaliers et du financement des missions d'intérêt général des hôpitaux publics augmenteraient le risque bien présent d'une déflagration sociale dans ce secteur.

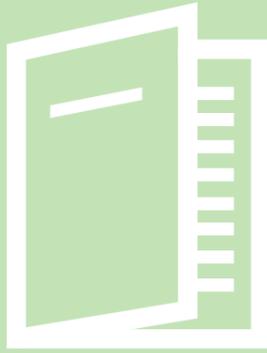
2) Sans accord de performance relatifs aux parcours de soins des malades chroniques avec les industriels du médicament et des dispositifs médicaux, de nouvelles baisses de prix seraient contraires aux engagements de soutien à ce secteur pris par le Président de la République pendant sa campagne.

3) Enfin, faute de marge de manœuvre financière, le gouvernement ne pourrait accélérer l'investissement en faveur des soins ambulatoires pour les parcours les plus complexes des malades chroniques et dépendants. Alors que cela devrait être une priorité en termes de cohésion sociale et de santé publique. D'une part, parce que leur nombre va augmenter de plus de 10% chaque année et d'autre part, parce que le nombre total de médecins de premier recours va diminuer d'au moins 10% et plus encore dans les territoires les plus isolés.

Afin de limiter les économies dans les deux premiers secteurs et d'investir dans le troisième, la tentation du gouvernement et de sa majorité pourrait être de

.....  
Si l'on continue dans cette voie et si la croissance économique n'est pas supérieure à **2%** par an dans les cinq prochaines années, les économies à réaliser dans les dépenses publiques de santé seront plus importantes que les **15 milliards d'euros** d'économies annoncés par le Président de la République avant son élection.

.....  
C'est plutôt **4 milliards d'euros** d'économies qu'il faudra trouver chaque année.



transférer progressivement quelques dépenses de l'Assurance Maladie publique vers les assureurs maladie privés. Cela a commencé dans la LFSS 2018 avec l'augmentation du forfait journalier hospitalier.

On peut ajouter une quatrième difficulté majeure pour le gouvernement : ces transferts de financement sur les complémentaires santé interviendraient à rebours des attentes des Français.

De nombreux salariés constatent en effet que leur couverture assurantielle maladie privée a baissé depuis l'obligation des entreprises d'assurer leurs salariés à partir de 2016. En parallèle, ces salariés constatent des augmentations de prix de leurs cotisations obligatoires privées, en raison de la guerre commerciale que se sont livrés les assureurs santé en 2015 et 2016.

De leur côté, les retraités et les indépendants vont subir une hausse des prix plus importante, du fait d'un report sur leur marché de la chute des marges sur les contrats collectifs en entreprises liés à la guerre des prix sur ces contrats.

Toute solution de report de financement de la dépense publique de santé sur les assurances privées serait donc très mal reçue par les cotisants.

La partie ne va donc pas être facile pour le gouvernement et sa majorité.

Le gouvernement aurait donc tout intérêt à présenter avec pédagogie un diagnostic de l'état de système collectif de santé, de son avenir et de l'éventail des solutions.

La refonte structurelle pour mettre en œuvre une politique nationale de santé fondée sur la solidarité et le progrès médical sera délicate. Elle nécessitera que le gouvernement s'appuie sur un rassemblement politique le plus large possible.

Cette alliance nationale pourrait être fondée sur la recherche de trois types de résultats indissociables :

- D'abord de meilleurs résultats de santé pour les politiques de prévention et de soins,

- Mais aussi davantage de cohésion sociale

procurée par un accès plus solidaire à la prévention et aux soins.

- Enfin, des gains de performance économique. Car il faut éviter que notre système de santé, déjà beaucoup plus coûteux que celui d'autres pays avec un revenu par habitant proche du nôtre, ne dévore progressivement les recettes financières publiques apportées par la croissance du PIB. Alors que ces recettes devraient être affectées en priorité non pas à la santé, mais à l'emploi (donc à la réduction du coût du travail, à l'enseignement supérieur et à la recherche), à la sécurité intérieure et extérieure, à la justice et au pouvoir d'achat. Soit beaucoup d'autres besoins publics en plus de la santé

## La santé est de plus en plus au centre des préoccupations concrètes des Français

La question de la confiance des citoyens dans les politiques publiques, et en particulier dans celles qui protègent des risques du quotidien, est le cœur du pacte Républicain. Parmi ces risques du quotidien, la maladie tient une place de plus en plus importante pour les Français.

Si nous avons la chance de vivre toujours plus longtemps, c'est le plus souvent avec une ou plusieurs maladies chroniques. 13 millions de personnes sont porteuses de maladies chroniques et 11 millions de personnes de plus de 65 ans et tous leurs proches sont directement concernés par cet état de vie. En 2025, un français sur quatre vivra avec une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui représentera plus de 30 millions de malades et de proches de malades concernés.

Des nouvelles maladies apparaissent aussi dans un monde où les frontières sont plus ouvertes et où le développement économique a généré des maladies environnementales.

## INTERVIEW

### Philippe Durand

Directeur Général de CAPIO France



**Les établissements de santé privés n'ont pas été directement intégrés aux processus de modification du paysage hospitalier français via la réforme des GHT, souhaitez-vous y être associé ?**

La création des GHT est un pas en avant dans la reconfiguration de l'offre hospitalière publique. L'offre hospitalière privée s'est déjà largement restructurée, sans outil juridique particulier et souvent sans accompagnement financier. A titre d'exemple, chez Capio France nous serons passé de 26 à 18 établissements entre 2010 et 2019 suite à des regroupements de plateaux techniques qui ont permis d'améliorer l'offre tout en étant plus efficace. Certains regroupements ont d'ailleurs fait l'objet de coopérations public/privés (GCS de cardiologie du Pays Basque avec l'hôpital d Bayonne) ou privés/PSPH (Médipôle Lyon Villeurbanne avec la Mutualité). Ces opérations de rapprochement entre le privé et le public devront se poursuivre car pour offrir un service moderne au patient il faut atteindre une taille critique pour assurer un très haut niveau d'expérience, donc de qualité. Si la participation du privé aux GHT peut aider, tant mieux, mais je crois qu'il faut surtout une volonté opérationnelle des acteurs et un soutien financier à ces opérations, à la fois lors de leur réalisation et dans la durée.

**Le nombre d'actes réalisés en ambulatoire va augmenter selon les études de plus de 10% chaque année, dans le même temps le nombre de médecins de premier recours va lui diminuer de 10% et plus encore dans les territoires les plus isolés. Comment les hôpitaux et plus généralement les territoires de santé doivent-ils s'organiser pour répondre efficacement à cette problématique ?**

Avec la réduction du nombre de médecins et plus généralement la réduction de leur temps de travail, la tension risque de devenir très forte, en particulier dans le domaine des soins primaires. Je pense que les nouvelles technologies digitales, couplées à la création de centres de santé territoriaux, doivent nous permettre de révolutionner l'accès aux soins primaires dans les prochaines années. Ces centres pluri-disciplinaires (médecin, infirmier, kiné, nutritionniste, ...) auront un véritable rôle d'orientation des patients et de suivi des patients. Bien sûr les données recueillies par les acteurs des soins primaires devront être accessibles à l'hôpital pour assurer une véritable qualité de suivi du patient et l'efficacité des acteurs ! Des initiatives émergent en Scandinavie dans ce domaine et nous devons nous en inspirer !

**Quelle est votre vision du financement de la Protection sociale contre le risque maladie et en particulier de la façon dont devrait évoluer le rapport entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires ?**

Face à l'inflation du coût de la santé du fait du vieillissement de la population, seul un régime obligatoire pour tous permet d'assurer une couverture universelle de la population dans les meilleures conditions économiques. On sait en effet que la privatisation partielle de la Protection sociale (Etats-Unis, Royaume-Uni) conduit plutôt à une inflation des coûts et parfois à une paupérisation du service public, avec un effet d'ensemble plutôt négatif sur la qualité. Les assurances complémentaires, plus engagées dans le domaine de la Prévoyance, pourraient ainsi utilement intervenir dans le domaine de la prévention et du service non-médical aux patients, très utile pour une population dépendante lorsqu'arrive le grand âge...

**L'intelligence artificielle est une véritable révolution pour le monde de la santé, comment va-t-elle impacter notre système de soins ?**

Le big data et l'exploitation algorithmique sont à l'évidence gage d'efficacité et d'efficience notamment dans le choix des traitements. Les possibilités sont nombreuses, il ne faut pas avoir peur de ce sujet, ce serait une erreur de laisser l'exploitation des données aux GAFA. Il doit y avoir un sursaut européen car nous avons pris du retard. ■



Mais aussi, et c'est très nouveau, un nombre croissant de Français craignent d'être exclus du groupe des privilégiés qui pourra continuer d'accéder aux meilleurs soins et au progrès médical.

Face aux transformations de l'état de l'opinion vis-à-vis des questions de santé, les dirigeants politiques ne communiquent aucune vision politique en matière de santé, comme ils peuvent le faire en matière de sécurité, d'Europe ou d'éducation.

Les raisons sont diverses.

La fragmentation entre les acteurs de ce secteur est plus forte que dans d'autres secteurs et les consensus sur les solutions proposées sont assez rares ; l'instrumentalisation des jeux d'acteurs de ce secteur à des fins électorales est une habitude ancienne, comme l'a été dernièrement la question de la généralisation du tiers payant. Par ailleurs, la santé ne fait pas partie des débats publics les plus clivants, propres à rassembler chaque camp politique. La valeur de différenciation politique des questions de santé étant assez faible, leur place dans les programmes politiques est restreinte.

Enfin, les Français restent encore assez dépendants des professionnels et du système de santé en général. Ils donnent encore l'impression de subir la dégradation progressive de l'accès aux soins, sans manifester de révolte collective de nature à interpeller en profondeur le système de santé et les élus de la République.

Mais avec l'absence des questions de santé parmi les priorités politiques pour une grande partie de la population, le risque d'un déclassé sanitaire s'ajoute au sentiment d'un déclassé économique et social.

Ce sentiment général d'un abandon par les dirigeants élus des citoyens les plus fragiles, toujours plus nombreux, est un des fondements du soupçon actuel d'un abandon de classe. Quand il est plus difficile d'accéder aux soins, chacun sait en effet que, les catégories sociales les plus favorisées, les élus et leurs proches comme les professionnels de santé et leurs proches, sont privilégiés en termes d'accès aux soins.

**Si on souhaite inscrire la politique de santé dans le débat public et en faire une priorité pour les années à venir, il est nécessaire de répondre d'abord à deux questions fondamentales :**

**Quel niveau de dépense de santé globale (publique et privée) veut-on ? Quel mode de protection contre le risque maladie veut-on ?**

**La réponse à ces deux questions est importante car elle structure tant les attentes vis-à-vis du système de santé que les modalités de pilotage et de fonctionnement de ce système.**

**À l'inverse, l'absence de position politique sur ces deux questions fondamentales, depuis que la gestion des ressources financières du système de santé est devenue un enjeu politique il y a un peu plus de vingt-cinq ans, a conduit à des décisions de politique de santé manquant de cohérence et donc de sens.**

**Dans une période de fortes tensions dans le système de santé, le manque de repères et de sens aboutit à la situation actuelle de désespérance d'une partie importante des professionnels et à un doute profond des citoyens relatif à l'avenir de leur système de santé.**

**“ Pour tous les professionnels, le système de santé tel qu'il fonctionne aujourd'hui se trouve dans une impasse ”**

Comme préalablement évoqué en introduction, depuis qu'il existe un écart entre la croissance des coûts de santé et la croissance de la richesse nationale, les majorités politiques successives ont

eu plusieurs solutions pour financer cet écart. L'augmentation des cotisations sociales n'est plus la solution. Tant que la France sera un des pays avec les prélèvements obligatoires les plus élevés, le pacte de responsabilité en faveur de l'emploi privé de janvier 2014 ne sera pas remis en question.

Une autre solution utilisée jusqu'en 2011 consistait à transférer une partie des coûts financés par l'Assurance Maladie publique aux complémentaires santé et aux ménages, en jouant sur l'augmentation des tickets modérateurs et autres augmentations des restes à charge. La majorité politique de 2012 a rejeté cette solution au nom de la solidarité dans l'accès aux soins.

Il ne restait plus à cette majorité politique que deux solutions pour éviter la croissance non solvable des dépenses d'Assurance Maladie publique : la réduction du prix des biens et des services et la correction des facteurs structurels d'inefficience du système de santé. En particulier la réduction des prestations de soins évitables lors des parcours de soins des malades chroniques, environ 20% de celles-ci, et la faible productivité relative des plateaux techniques hospitaliers publics

La première solution, qui consiste à limiter l'augmentation naturelle des dépenses au moyen de la baisse des tarifs unitaires des prestations de soins et des produits de santé, est la seule à avoir été retenue depuis 2012. Cette solution particulièrement simple et rapide à mettre en œuvre procure l'avantage d'obtenir une limitation immédiate des dépenses de l'Assurance Maladie publique.

Si la politique de baisse des tarifs des médicaments peut se justifier au regard du coût global de ce poste de dépenses publiques par rapport à la plupart des pays européens, elle a pour l'instant pour avantage de ne pas réduire l'accès à ces produits.

Mais elle comporte l'inconvénient majeur de ne pas développer de mécanismes pérennes de contrôle de cette dépense, fondés sur la valeur des résultats de santé.

Les décisions de baisser les coûts unitaires des prestations hospitalières depuis cinq ans ont aussi eu pour effet de contenir la dépense

de l'Assurance Maladie publique. Mais elle se retrouve partiellement dans l'accroissement des déficits des hôpitaux publics depuis 2017 en l'absence d'une réforme structurelle du pilotage du secteur hospitalier et du système de santé dans son ensemble.

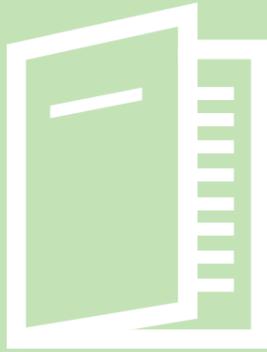
Cette politique de gestion à court terme de la dépense hospitalière sans réforme structurelle a pour conséquence une détérioration des conditions de travail des professionnels dans de nombreux hôpitaux. Le risque d'une crise majeure dans le secteur hospitalier public et d'une propagation rapide de celle-ci à l'ensemble du système de santé est maintenant élevé.

**“ Articuler les trois fonctions essentielles de la politique nationale de santé ”**

Parler avec pédagogie de la politique de santé aux Français, c'est d'abord expliquer que cette politique publique sert la Nation toute entière et pas seulement l'intérêt des professionnels et des malades qui souhaitent améliorer leur condition de travail et leur santé.

Car la première fonction de la politique nationale de santé (maintenir les Français en bonne santé) ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt. Il est tout aussi essentiel que cette politique publique puisse contribuer à la cohésion sociale de notre pays, grâce au meilleur niveau de protection individuelle et collective contre les risques de santé, et puisse soutenir d'autres services d'intérêt collectif indispensables au bien être individuel et collectif.

**1) COMMENÇONS PAR LA QUESTION DE L'ARBITRAGE ÉCONOMIQUE PUBLIC ENTRE LES BESOINS DE SANTÉ ET LES AUTRES BESOINS COLLECTIFS.**



Depuis trente ans, l'augmentation du chômage, la réduction du poids de la France dans les échanges économiques internationaux, les déséquilibres de la balance commerciale et du budget de la Nation vont de pair avec la chute du rang de la France en termes de richesse par habitant.

Selon ce critère, la France était le 13ème des 34 pays de l'OCDE au début des années 1980 et se trouve maintenant au 18ème rang. La combinaison récente d'un taux de croissance plus faible et d'une croissance démographique plus forte par rapport à d'autres pays nous fait régresser dans ce classement.

Face à ce déclin dans la mondialisation des échanges et des richesses, la performance des politiques publiques est un levier essentiel pour rassurer les français. Même si les politiques publiques sociales doivent avoir un impact sur le niveau des prélèvements obligatoires dans le PIB.

Dans une situation économique publique tendue, la performance des politiques publiques doit concerner en priorité celles qui ont la dynamique de croissance des coûts la plus forte, au premier rang desquelles on trouve la santé.

Mais comment faire prendre conscience aux

citoyens de la problématique de la performance des dépenses de santé quand la communication politique depuis vingt-cinq ans à ce sujet est centrée sur la question du déficit de l'Assurance Maladie publique ? Parce que ce déficit peut être analysé par les citoyens comme le résultat d'un choix politique relatif au niveau des prélèvements sociaux (« il suffit d'augmenter les prélèvements obligatoires publics ou privés pour supprimer ce déficit »), cette communication permanente sur le niveau de déficit ne permet pas l'émergence de la question de la performance du système de santé.

Alors que les Français y sont prêts : ils affirment dans toutes les enquêtes d'opinion à une très forte majorité que les gaspillages et les abus sont importants et qu'ils pourraient être réduits.

Notre pays va devoir faire un choix : ou il change de modèle de Protection sociale pour un nouveau modèle qui reposerait davantage sur la responsabilité individuelle et donc la segmentation des risques, ou il transforme le fonctionnement du système de santé pour le rendre plus performant, c'est-à-dire moins dépensier et plus satisfaisant pour les patients et les professionnels.

## Nous choisissons résolument un modèle de Protection sociale universelle fondée sur la performance de la dépense collective.

Pour mesurer cette performance de la dépense collective, comparons la dépense sociale actuelle de santé à celle de pays disposant du meilleur rapport efficacité/dépenses.

La dépense globale de santé annuelle en 2016 en France était d'environ 240 milliards d'euros<sup>1</sup>, dont environ 185 milliards d'euros financés par l'Assurance Maladie publique.

Il est frappant de constater que parmi les dix premiers pays<sup>2</sup> de l'OCDE classés selon leur niveau de dépense globale de santé rapportée à leur PIB, six pays ont un PIB per capita supérieur de plus de 18% à celui de la France, huit pays ont un PIB per capita supérieur de plus de 10% à celui de la France et qu'un seul pays à un PIB per capita proche de celui de la France.

La question qui est posée aujourd'hui à la France est celle de la soutenabilité de son système de Protection sociale contre le risque maladie aussi coûteux et avantageux au regard de son niveau de revenu.

A l'inverse cinq pays avec des PIB par habitant proches ou légèrement supérieurs au nôtre sont beaucoup plus économes que nous en matière de dépenses de santé. L'Irlande, l'Australie, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne dépensent environ 9% de leur PIB pour leur santé, quand la France dépense environ 11% de son PIB. A PIB comparable, nous dépensons donc environ 40 milliards d'euros de plus par an que chacun de ces cinq pays, soit un peu plus d'un sixième de notre dépense globale de santé.

Quel est l'impact de cette "sur-dépense" de santé sur le système ?

Les experts s'accordent sur le fait qu'elle ne produit pas de gains de santé significatifs en proportion. Par ailleurs, cette sur-dépense de santé ne produit pas d'écosystème favorable au développement d'activités économiques à haute valeur ajoutée, comme il y a trente ans avec les industries du médicament et du dispositif médical, ou comme aujourd'hui aux Etats-Unis où le très haut niveau de dépenses<sup>3</sup> entretient un complexe

« sanitario-industriel ».

On comprend mieux le poids de cette sur-dépense de santé quand on la compare aux dépenses publiques stratégiques pour notre pays. Ces 40 milliards d'euros de sur-dépense de santé correspondent à la moitié du budget total annuel de l'Etat pour l'Éducation nationale, à presque la totalité des dépenses annuelles de la Défense nationale, à environ deux fois le financement annuel de l'Etat pour l'Enseignement supérieur et la recherche et à près de cinq fois le budget annuel de la Justice.

Prenons un seul exemple relatif aux conséquences de l'arbitrage politique passif en faveur des dépenses de santé. Alors que la connaissance évolue très vite dans la compétition internationale actuelle et que seuls les pays qui favoriseront un écosystème favorable à la R&D réussiront à maintenir une activité économique concurrentielle, l'Etat a rogné depuis 2012 les financements publics de la Recherche. À l'inverse, entre fin 2011 et fin 2016 les dépenses publiques de santé ont augmenté d'environ 20 milliards €, soit un montant proche du total du financement public annuel de la Recherche et de l'Enseignement supérieur !

Alors que tant d'autres dépenses d'utilité collective ont besoin de financements publics supplémentaires et que l'augmentation du pouvoir d'achat est indispensable pour les catégories les moins aisées, la nouvelle majorité politique pourrait expliquer de cette façon les raisons pour lesquelles il est impératif d'améliorer la performance économique du système de santé.

## 2) DEUXIÈME ATTENTE DES FRANÇAIS VIS-À-VIS DE LEUR SYSTÈME DE SANTÉ : LA CONFIANCE DANS LA PROTECTION SOCIALE.

Pour reconstruire le sentiment d'appartenance à une même communauté nationale après les traumatismes de la guerre et de la division intérieure, le Conseil National de la Résistance avait placé dès mars 1945 la Protection sociale au cœur de son programme.

Notre République a hérité d'une protection collective contre le risque maladie en faveur des moins bien portants, des plus âgés et des

### DÉPENSES DE SANTÉ (TOUS LES RÉGIMES DE FINANCEMENT) EN MILLIARDS D'EUROS



Source : stats.oecd.org

### DÉPENSES DE SANTÉ (RÉGIMES PUBLICS/OBLIGATOIRES) EN MILLIARDS D'EUROS



Source : stats.oecd.org

## INTERVIEW

### Philippe El-Saïr

Directeur Général du CHRU de Brest



**La réforme des GHT a pour but de modifier considérablement le paysage hospitalier français, quel est votre sentiment général sur cette réforme et le sens que vous y trouvez ?**

La réforme des GHT est une réforme positive. Elle prolonge d'ailleurs celle des communautés hospitalières de territoire (CHT), dont la philosophie était identique. L'idée est de tirer vers le haut la qualité des soins sur un territoire, en constituant progressivement des équipes médicales territoriales ou de faire travailler ensemble des professionnels d'une même discipline pour créer des prises en charge graduées par niveau de complexité. Parallèlement, il s'agit de mettre en commun des fonctions supports. La difficulté de l'exercice réside dans le fait que la réforme bouscule la culture du monde hospitalier : la culture des équipes médicales qui parfois ont de mauvaises relations avec des confrères pourtant proches mais vécus comme des concurrents, la culture des directeurs dont l'ADN était par le passé centré sur l'établissement. Cela veut dire que la réforme prendra du temps. Au final, et comme souvent, elle est affaire de management.

**Le nombre d'actes réalisés en ambulatoire va augmenter selon les études de plus de 10% chaque année, dans le même temps le nombre de médecins de premier recours va lui diminuer de 10% et plus encore dans les territoires les plus isolés. Comment les hôpitaux et plus généralement les territoires de santé doivent-ils s'organiser pour répondre efficacement à cette problématique ?**

Les GHT ont également pour vocation de pouvoir projeter des

professionnels sur les territoires isolés de façon à permettre un accès aux soins. Souvent, il s'agit de territoires peu favorisés où la population est plus fragile qu'ailleurs. De ce point de vue, la territorialisation des hôpitaux avancent incontestablement. Un nombre non négligeable d'établissements ne doivent leur existence qu'au soutien d'un « grand frère ». La limite de l'exercice tient au fait que la démographie médicale est tendue, y compris à l'hôpital. Mais la question que vous posez est un peu différente. Elle consiste à se demander si les établissements de santé ne doivent pas se penser comme des opérateurs de santé intégrés en prenant la tête de maisons de santé. Il est vrai que l'approche de l'hôpital public est de plus en plus populationnelle. La question se pose dans des cas extrêmes.

**Le financement des hôpitaux français est un débat qui ne trouve aucune issue satisfaisante, qu'est-ce qui permettrait, selon vous d'offrir au système hospitalier français, à la fois plus de souplesse et plus de justesse pour plus d'efficacité et plus d'efficience ?**

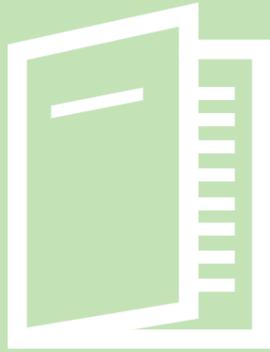
À travers le monde, il n'y a sans doute pas de système de financement des hôpitaux parfait. La T2A, généralisée dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, a le mérite de poser la question de la performance que des institutions ne posent pas spontanément. Elle mériterait d'être adaptée pour les pathologies chroniques. Tout le monde est globalement d'accord sur ce point. Mais est-ce le seul sujet ? Tout système de financement aboutira à un rationnement avec un niveau d'ONDAM très contraint.

En fait, de deux choses l'une : soit on pense que la France peut relever durablement son niveau d'ONDAM. En ce cas, le niveau de pression sur le système et les professionnels peut être desserrée. Soit le niveau de l'ONDAM ne peut pas être relevé durablement. En ce cas, la question de fond consiste à se demander comment baisser le « point mort » de l'hôpital, pour utiliser une référence micro-économique. Autrement dit, comment lui permettre de remplir effectivement la même mission en abaissant ses coûts ? Comment lui redonner de la souplesse et alléger ses charges ? Derrière ce sujet politique, on distingue les thèmes de la simplification du fonctionnement de l'hôpital, de la clarification des missions, de la restructuration du parc hospitalier et celui de l'environnement statutaire du système notamment pour ses dirigeants. Ce sujet est délicat mais il viendra inéluctablement d'actualité. ■

## PRODUIT INTÉRIEUR BRUT PAR HABITANT EN 2016

	Pays (OCDE)	en dollars US/Capital
	Luxembourg	102 619.5
	Irlande	72 485
	Suisse	63 888.7
	Norvège	58 791.2
	Etats-Unis	57 591.2
	Pays-Bas	50 539.6
	Autriche	50 503.3
	Islande	50 011.6
	Danemark	49 020.5
	Allemagne	48 947.1
	Suède	48 904.6
	Australie	48 242.5
	Belgique	46 607.4
	Canada	44 792.5
	Finlande	43 346.4
	Royaume-Uni	42 622.2
	Japon	42 268.7
	<b>FRANCE</b>	<b>41 364.4</b>
	Italie	38 370.5
	Nouvelle-Zélande	37 269.6

Source : data.oecd.org



plus pauvres qui assure la sécurité de revenu en cas de maladie et d'accidents du travail et offre encore la garantie (partielle) de pouvoir accéder à tous les soins.

Avec une population plus dépendante pour sa santé et alors que l'insécurité publique s'est ajoutée à la fragilité économique et politique, nous avons autant besoin qu'en 1945 d'une République qui protège et qui renforce ce sentiment de solidarité entre les français.

Et pourtant que constate-t-on ?

D'un côté toutes les études d'opinion signalent une attente explicite des Français pour le maintien de la solidarité nationale dans l'accès aux soins et à l'innovation.

Mais d'un autre côté, de nombreuses études d'opinions indiquent que la quasi-totalité des français considèrent que l'accès aux soins est de plus en plus inégalitaire, tant pour des raisons financières que géographiques.

Cette insatisfaction relative à l'égalité et à la solidarité dans l'accès au système de santé a fortement augmenté ces cinq dernières années. Il s'agit pour les Français autant d'un constat que d'une crainte. Ils savent que la fragilité économique de notre pays aggrave l'insoutenabilité financière de sa "sur-dépense" de santé. Ils savent aussi que si cette fragilité économique n'est pas rapidement jugulée, adviendra progressivement un autre modèle de Protection sociale contre le risque maladie.

Les faits leur donnent raison. Une première étape a été franchie vers un autre modèle de protection contre le risque maladie, avec l'accord national interprofessionnel de 2013 relatif à l'obligation des entreprises d'assurer leurs salariés à partir du 1er janvier 2016 pour des remboursements complémentaires et supplémentaires à ceux de l'Assurance Maladie publique.

Cet accord, traduit ensuite dans la loi, est issu d'un consensus syndical entre les représentants des entreprises et des salariés et d'un consensus politique entre les deux partis de gouvernement.

La plupart des signataires étaient animés par la volonté de construire une couverture santé complémentaire universelle. Les représentants

des assureurs privés et du mouvement mutualiste y voyaient aussi le moyen de faire grossir le marché de l'assurance privée en santé au-delà des 33 milliards € annuels actuels.

Dans le pays le plus rétif aux inégalités de santé, l'objectif politiquement incontestable de permettre à tout salarié de disposer d'une protection complémentaire a empêché tout débat public sur ce sujet. Par ailleurs, le fait que tous les signataires de cet accord sont convaincus que notre système d'assurance santé mixte est une originalité française qu'il faut consolider n'a pas conduit à un débat public relatif à l'intérêt de développer l'accès aux complémentaires santé. Ils considèrent en effet que ce modèle mixte est la seule solution pour financer la "sur-dépense" de santé actuelle et la croissance à venir des dépenses de santé. La seule solution pour éviter d'augmenter le poids des prélèvements publics dans le PIB, alors qu'Eurostat ne consolide pas dans les comptes de la Nation le poids des prélèvements obligatoires privés en entreprise pour financer les assurances-maladie privées.

Mais la réalité est bien différente des objectifs initiaux de cette réforme.

En consolidant la mixité de ce système d'assurance maladie, sans mettre en œuvre des mécanismes puissants de régulation, on renforce la place des assurances privées et on crée les conditions d'une ouverture plus importante du financement des dépenses de santé à des acteurs privés, pour l'instant régulés par la puissance publique.

On peut constater les premiers effets négatifs de cette politique et déjà anticiper plusieurs effets négatifs différés.

#### **a) Les effets négatifs immédiats.**

Des messages publicitaires abondants depuis 2015 ont mis en évidence l'âpreté de la concurrence entre les cinq cents organismes complémentaires et supplémentaires en santé, compagnies d'assurance, organismes mutualistes et instituts de prévoyance.

Depuis que les règles de solvabilité les obligent à grossir, ces organismes privés tentent par tous les moyens de renforcer leurs positions pour survivre dans ce marché, pour l'instant en faible croissance. Cette guerre commerciale sur le champ des contrats d'entreprises a eu pour

conséquence immédiate une baisse importante des tarifs et des niveaux de prise en charge pour ces contrats, renforcée par l'incitation fiscale pour les entreprises à conclure des contrats dits « responsables ». Contrats qui sont le plus souvent vécus par les salariés comme des contrats « low-cost ».

On constate déjà une complexité administrative supplémentaire pour les entreprises et pour les salariés les mieux rémunérés qui sont convaincus à coup d'argumentaires commerciaux de l'intérêt de souscrire un troisième niveau de couverture en santé, au moyen de « sur-complémentaires santé », plus protectrices que ces contrats de base.

Par ailleurs, alors que nous sommes déjà à un haut niveau de dépenses en matière de santé comme vu ci-dessus, cette réforme crée un nouveau prélèvement obligatoire privé sur les emplois, car les contrats collectifs de complémentaires santé sont obligatoirement financés à au moins 50% par les entreprises.

Lorsqu'à partir de cette année, le coût de ces contrats collectifs augmentera de façon significative, mais sans réduction du coût des prélèvements obligatoires publics en matière de santé, ce nouveau prélèvement alourdira le coût global du travail. Cette nouvelle obligation acceptée par les entreprises vient donc à rebours du choc de simplification et de compétitivité en faveur de l'emploi engagé en 2014.

Enfin, nous allons assister très prochainement à un report des pertes réalisées par les contrats d'assurance complémentaire santé en entreprise sur les cotisations des contrats individuels des assurés non couverts par la CMU-C et l'ACS. Le coût de ces contrats individuels augmentera fortement, en particulier pour les retraités les plus anciens et les plus consommateurs de soins, ce dont le gouvernement précédent avait pris conscience avec inquiétude en 2015.

Ces diverses conséquences négatives vont donc conduire à partir de cette année à une vague de mécontentements de la part de tous les assurés qui ne bénéficient ni de la CMU-C, ni de l'ACS.

#### **b) Les effets négatifs différés.**

Les Français commencent à comprendre que

l'Assurance Maladie publique a perdu son monopole depuis le 1er janvier 2016, puisqu'elle n'est plus le seul organisme de protection contre le risque de maladie auquel les salariés ont l'obligation d'adhérer.

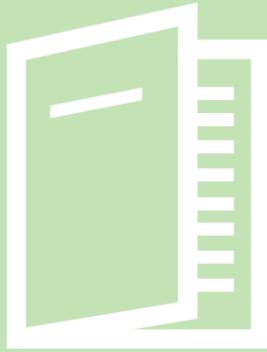
L'Assurance Maladie publique était l'assurance commune unique de 66 millions de français, quels que soient leur activité, leur âge ou leur état de santé. Elle fonctionne grâce à une cotisation en fonction du revenu (celui qui a un revenu plus important cotise davantage), à l'inverse des organismes privés pour lesquels la cotisation est le plus souvent indépendante des revenus et le plus souvent dépendante de l'âge. Le risque santé géré par l'Assurance Maladie publique est donc réparti entre 66 millions de personnes qui ne cotisent ni selon leur état de santé, leur statut social (retraité, chômeur ou salarié) ou leur âge. La gestion du risque assurantiel n'y est donc pas « segmentée ».

A l'inverse, cette obligation nouvelle d'adhésion à une protection sociale privée pour les seuls salariés des entreprises introduit une différenciation tout à fait nouvelle entre les Français, selon leur statut professionnel et leurs entreprises, quand l'obligation d'adhérer de tous les Français à la même Assurance Maladie publique contribuait à renforcer ce sentiment d'égalité de tous les Français devant la maladie.

Depuis cet accord national de 2013, la petite cinquantaine d'acteurs de la protection complémentaire et supplémentaire privée qui espère peser un jour plus d'un milliard d'euros de cotisations annuelles, prépare donc un autre système de Protection sociale contre le risque maladie. Elle développe ses activités de deux façons.

La première façon est de forcer progressivement la porte de la sélection des risques, dont l'ouverture est pour l'instant interdite, en utilisant le principe d'une tarification en fonction de caractéristiques telles que le statut d'activité professionnelle et l'âge, autorisé de fait par l'Accord National Interprofessionnel de 2013.

La seconde voie porte sur les services proposés. Cette situation d'hyper-concurrence temporaire entre acteurs privés de la protection sociale en santé les oblige à se différencier en offrant de nouveaux services à leurs clients. Cela peut être le référencement de prestataires (pour l'instant les



opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes pour les prothèses et les établissements de santé) selon des critères de qualité et de coûts. Par exemple pour les établissements en termes de dépassements d'honoraires médicaux et de prestations hôtelières.

Cela peut-être aussi l'organisation des soins.

Par exemple depuis le 1er janvier 2016 un service proposé par une compagnie d'assurance aux salariés couverts par son contrat collectif santé permet d'accéder 24h/24 à une téléconsultation et une téléprescription par un médecin généraliste. Ces médecins généralistes ne sont pas des médecins indépendants conventionnés par la compagnie d'assurance sous forme de « réseaux de soins », comme le font les assureurs privés en Suisse ou l'Assurance Maladie publique dans notre pays. Ces médecins généralistes sont des salariés d'une filiale de cette compagnie d'assurance.

Il s'agit d'une innovation de rupture dans l'organisation du système de santé et dans le conventionnement avec les médecins généralistes depuis 1945, mise en œuvre dans l'indifférence politique.

Ce nouveau service de médecins généralistes salariés de compagnies d'assurance semble être une réponse acceptable à la défaite de la politique publique de santé menée depuis trente ans quant à l'accès aux soins de premier recours 24h/24 sur tout le territoire chez un médecin généraliste avec l'Assurance Maladie publique.

C'est la conséquence du refus ancien des responsables politiques d'exiger des deux régulateurs publics nationaux (l'Etat et l'Assurance Maladie publique) qu'ils maintiennent coûte que coûte l'égalité d'accès des citoyens à un médecin généraliste conventionné par la Sécu sur tous les territoires de la République.

Ces nouvelles offres de services proposées par des assureurs privés sont donc autant de petites fissures dans le monopole de conventionnement par l'Assurance Maladie publique des professionnels de santé pour les soins courants.

La dérégulation de la protection sociale en santé franchirait une nouvelle étape si les assurances privées récupéraient les prises en charge au

premier euro du « petit risque » (c'est-à-dire des soins courants en particulier en ambulatoire), quand l'Assurance Maladie publique ne couvre déjà que 50% des prestations et biens de santé ambulatoires. Cette solution a été rejetée pendant la campagne présidentielle 2017, mais elle pourrait revenir avec une autre appellation.

**La première conséquence de cette dérégulation de la Protection sociale contre le risque maladie serait une augmentation du coût global des prestations de soins et du coût de gestion administrative et commerciale du système de santé.**

La totalité de ces coûts administratifs et commerciaux atteignent il y a quelques années déjà environ 15 milliards € par an pour environ 235 milliards € de dépenses de santé. Près de la moitié de ces frais correspondaient aux coûts de gestion et de recrutement de clients des organismes privés complémentaires et supplémentaires.

En dehors du secteur de la santé, toute augmentation de la concurrence augmente la part relative des frais commerciaux et baisse les coûts des biens et des services vendus.

Dans le secteur de la santé, le cas particulier du système de santé des Etats-Unis (le système de santé avancé le plus dérégulé de l'OCDE) apporte la preuve que la mise en concurrence des assureurs de santé est inflationniste pour les coûts de gestion administrative et commerciale et les coûts des prestations. La concurrence entre les assureurs du risque maladie n'y engendre aucune baisse du coût global de la protection contre la maladie. Ainsi à parité de pouvoir d'achat, le niveau des dépenses de santé par personne aux Etats-Unis est presque deux fois plus élevé qu'en Allemagne, en France ou au Canada (alors que ces trois pays ont eux-mêmes les dépenses de santé parmi les plus élevées de l'OCDE), sans aucune performance relative en termes d'état de santé en comparaison des autres pays les plus avancés en santé. Bien au contraire, les Etats-Unis occupent la 24ème place dans le monde en termes d'espérance de vie.

La situation du système de santé aux Etats-Unis confirme donc l'analyse des économistes de la santé qui considèrent qu'au-delà d'un certain

niveau de résultats dans le système de santé, l'offre de services et de produits de santé crée la demande sans obtenir de gains de santé supplémentaires.

**Un système de santé fondé sur la concurrence entre organismes privés de protection maladie, avec une augmentation de la dépense de ces organismes pouvant être prise en charge par les entreprises, et sur l'absence de régulation financière par l'Etat de cette dépense privée, conduirait inéluctablement à une inflation des dépenses de santé bien supérieure à celle du PIB.**

**La seconde conséquence de l'introduction d'acteurs privés dans la gestion du risque santé serait l'augmentation inévitable de la sélection des risques.**

La transformation digitale de la gestion des données offre des possibilités d'individualisation de la gestion des risques assurantiels encore insoupçonnées par le grand public.

Si le choix était fait de déréguler la protection sociale en santé, aucune action politique ne pourrait résister dans la durée à l'intérêt d'assureurs santé privés plus puissants demain qu'aujourd'hui. Et l'intérêt prioritaire de ces assureurs, quel que soit leur statut, serait de pouvoir différencier leurs contrats. Dans ce système qui cohabiterait avec l'hypermarché planétaire des big data et des données de santé, les données sur les comportements individuels seraient progressivement introduits dans la gestion actuarielle du risque santé, comme on commence à le voir dans l'assurance automobile (you pay as you drive) ou dans l'assurance des crédits immobiliers (you pay as you live).

Quand les progrès des sciences médicales et digitales sont si rapides qu'ils permettront bientôt de diagnostiquer en routine les prédispositions génétiques vis-à-vis de telle ou telle maladie grave aux soins très coûteux, quand la digitalisation permet le contrôle individuel des comportements à distance, n'est-il pas vital pour la cohésion sociale de renforcer le rôle de la puissance publique dans la gestion du risque santé individuel, dans un pot commun de plus de 66 millions de personnes protégées par la

République au nom des valeurs d'égalité et de solidarité ?

**Le temps est venu de poser une question fondamentale dans le débat public, probablement par la voie du référendum, en prenant pour référence le principe affirmé dans le préambule de la constitution de 1946 et repris dans le préambule de la constitution de 1958 (« La Nation garantit à tous la protection de la santé »).**

**Cette question fondamentale relative au maintien du monopole de l'Assurance Maladie publique pour les remboursements des soins au premier euro est fondée sur la conviction que la protection contre la maladie ne peut être une valeur marchande.**

**Il faut donc demander aux Français s'ils accepteraient qu'un nouveau système de santé ne garantisse ce droit à la santé que pour ceux qui se trouvent en deçà d'un certain niveau de revenus (grâce à la CMU-C et à l'ACS) et développe le poids des assurances privées.**

### **3) TERMINONS PAR LA TROISIÈME ATTENTE DES FRANÇAIS VIS-À-VIS DU SYSTÈME DE SANTÉ**

L'état de santé et l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé est évidemment l'attente implicite des français vis-à-vis de leur système de santé. Et c'est aujourd'hui l'attente la mieux satisfaite.

Dans la plupart des enquêtes d'opinion, les français se déclarent satisfaits de la qualité des soins, alors qu'ils sont beaucoup plus insatisfaits vis-à-vis de la performance économique et de la protection individuelle et collective contre le risque maladie.

Pour 7 à 8 français sur 10, la qualité des soins est satisfaisante et ce niveau de satisfaction est stable depuis dix ans. A l'inverse, l'inquiétude relative à une possible dégradation de la qualité des soins augmente d'année en année.

Leur attente vis-à-vis des résultats de santé est d'autant plus importante que la qualité des soins

**Didier Bazzocchi**

Directeur Général de Covéa Santé Prévoyance



**L'Assurance maladie n'est plus depuis le 1er janvier 2016, le seul organisme de protection contre le risque maladie auquel les salariés ont l'obligation d'adhérer. Dès lors, comment voyez-vous l'articulation du Régime obligatoire et des Régimes complémentaires dans le financement de la Protection sociale ?**

Le système français d'assurance santé s'est bâti sur deux piliers, la Sécurité sociale, garante de la solidarité nationale, et les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Ceux-ci exercent dans un cadre réglementaire très contraint, notamment par le dispositif du contrat dit « responsable », qui interdit la sélection ou l'exclusion du risque. Les OCAM mettent donc en œuvre une solidarité horizontale, entre biens portants et malades, par portefeuille d'assurés, par entreprise ou par branche professionnelle. Cette solidarité est organisée par les partenaires sociaux dans les entreprises et les branches professionnelles, ou par les assemblées générales des organismes mutualistes. La complémentarité des deux piliers permet aux assurés sociaux de trouver des couvertures correspondant à leurs besoins. Elles n'engendrent pas d'inflation des dépenses de santé, mais favorisent l'accès à des soins de qualité, notamment lorsque les prix des biens et services médicaux sont libres. Cette mixité originale du système français de financement de la santé permet à la fois un accès aux soins globalement satisfaisant à un coût relativement bien maîtrisé. Il constitue notamment une réponse appropriée aux besoins spécifiques des salariés des entreprises et des branches professionnelles et maintient une liberté de choix des assurés. L'ANI de janvier 2013 sur la sécurisation des parcours professionnels, relayé par la loi en juin 2013, est venu modifier cet équilibre à l'initiative d'une organisation

syndicale. Cet ANI a institué un prélèvement obligatoire d'un milliard d'euros sur les très petites entreprises pour la couverture de 400 000 salariés non assurés antérieurement. Il présente un très mauvais rendement, en termes d'efficacité de la politique publique et transforme en quelque sorte les OCAM en collecteurs de taxes, ce qui n'est pas leur rôle. Il s'est inscrit à l'époque dans une volonté d'étatisation du système de santé, et n'a en rien montré son efficacité en termes d'accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité.

**Depuis que les règles de solvabilité ont été mises en place pour les organismes des régimes complémentaires, un certain nombre de partenariats ou de fusions sont nés. Comment analysez-vous ce changement de paysage ?**

Les OCAM sont issus de l'histoire sociale des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles. La plupart sont des sociétés de personnes, nées au plus près de la réalité sociale, dans les territoires, les administrations, les entreprises, les branches professionnelles. Les directives européennes d'assurance sont venues percuter la diversité des réponses de proximité que des milliers d'organismes apportaient en matière de couverture des frais de santé, au plus près des bassins de vie et d'emploi. Les niveaux élevés de contraintes réglementaires instaurés par ces directives, pour partie suggérées par les groupes d'assurances exerçant à l'échelle mondiale, provoquent un vaste mouvement de concentration de l'offre d'assurance santé. Si cette directive induit la professionnalisation d'un exercice qui restait parfois très empirique, on peut craindre de l'émergence de grands conglomérats un éloignement progressif de la réalité sociale des assurés, que la nature même du risque à couvrir ne justifie pas. Cela peut conduire à une marchandisation excessive de la société. Mais ce n'est pas inéluctable. En matière de santé et de Protection sociale, la société civile, associations de patients, sociétés mutualistes et partenaires sociaux, doivent occuper la place qui leur revient, entre « Etat et marché ».

**Les contrats dits « responsables » sont vécus par les salariés comme « low-cost », qu'en pensez-vous ?**

Les contrats dits « responsables » ne sont pas des contrats « low cost ». Apparus dans la loi en 2004 de manière curieuse, ils étaient censés favoriser l'accès aux soins en instaurant des obligations de remboursement par les OCAM de certains postes de soins et de biens médicaux. Utilisés ensuite par les pouvoirs publics pour empêcher le remboursement des franchises et promouvoir le parcours de soins via le médecin traitant, ils sont devenus en 2015 une sorte de gabarit de remboursement par les OCAM, avec des plafonds et des plafonds, empêchant notamment la prise en charge de certains dépassements d'honoraires médicaux, pourtant indispensables pour les assurés. Ils sont devenus une figure imposée, puisque le non-respect de cette exigence réglementaire entraîne

l'application de charges sociales et fiscales importantes pour les entreprises et les travailleurs non-salariés, ainsi que pour les particuliers avec dans le meilleur cas un alourdissement de 7 points des 13,27% de taxes s'appliquant à tous les contrats d'assurance santé. La grande complexité de ce dispositif réglementaire le rend incompréhensible pour les assurés. Elle a fait perdre de vue l'essentiel, qui reste pourtant l'une de ses exigences : la non sélection et la non exclusion des risques, socle fondamental qui fait des OCAM le second pilier indispensable de la protection sociale. L'excès de contraintes dont s'est chargé ce contrat dit « responsable » fait qu'il n'a plus de responsable que le nom. Il ne favorise pas l'accès aux soins, bien au contraire, il restreint la liberté de choix du patient et provoque la réapparition de restes à charge pour nombre d'actes de spécialités médicales ou chirurgicales (un acte sur deux est au-delà du plafond remboursable en pratique libérale de l'urologie !). Ainsi, il favorise l'apparition de couvertures sur-complémentaires à la demande des assurés. S'il n'est pas un contrat « law cost », il pose les bases d'un système de couverture à deux vitesses. Il devient urgent de revoir la définition de ce contrat dit « responsable » et de revenir aux principes de solidarité entre biens portants et malades qui avait prévalu, à l'orée du siècle, aux dispositions réglementaires sur la non sélection et la non exclusion des risques.

**L'accord national interprofessionnel de 2013, offre une place obligatoire et donc potentiellement plus importante aux complémentaires santé dans la gestion de ce risque. Pensez-vous que ces acteurs pourraient, à l'inverse du fonctionnement de notre Assurance maladie publique depuis sa création, segmenter le risque ?**

Contrairement à ce l'on lit parfois, l'ANI de 2013 n'a pas fait une place plus importante aux OCAM, qui n'avaient, du reste, rien demandé ! La généralisation de la couverture collective des salariés des entreprises a concerné environ quatre millions de salariés, exerçant principalement au sein de très petites entreprises. Parmi eux, 3,6 millions disposaient déjà d'une assurance santé à titre individuel, parfois de meilleure qualité. La mesure a donc concerné 400 000 salariés sur les 60 millions d'assurés complémentaires... Pas vraiment le marché du siècle ! La sélection des risques n'existe quasiment plus en santé. Les OCAM ne peuvent ni sélectionner, ni exclure de risques au titre du contrat dit « responsable », dont il est quasi-impossible de s'affranchir en raison de la taxation s'appliquant alors aux entreprises, aux professionnels, comme dans une moindre mesure aux particuliers. Pour preuve, ce contrat responsable représente 95% des 33 milliards d'euros de cotisations encaissées par les OCAM. Le mythe de la segmentation du risque est tout aussi infondé. La tarification des contrats s'opère par branche professionnelle, par entreprise, par administration de la fonction publique, et pour les professionnels ou les particuliers, en fonction

de l'âge. La mutualisation du risque joue pleinement. Ainsi pour les 250 000 hospitalisations ayant concerné en un an la population d'un million de personnes assurée d'un OCAM, on observe le phénomène suivant : pour un assuré sur cent, soit 2 500 assurés, le coût moyen d'hospitalisation aurait été supérieur à 5 000€ après prise en charge par l'Assurance Maladie, si cette personne n'avait pas disposé de la couverture de l'OCAM. Après remboursement par l'OCAM, il a été nul dans 80% des cas et en moyenne de 26 € pour les autres 20%. La solidarité entre malades et bien portants est bien effective, sans sélection ni segmentation des risques. Mais la gestion du risque peut aussi être définie autrement. Si les OCAM sont maintenus par les diverses réglementations qui s'imposent à eux dans une position de payeurs aveugles, ils ont néanmoins réussi, non sans mal, à gérer le risque en optique médicale et en audioprothèse. Là, ils ont obtenu des garanties de qualité en sélectionnant les industriels et les distributeurs sur des cahiers des charges rigoureux et font bénéficier à leurs assurés de prix inférieurs de 30 à 40% aux prix moyens constatés. C'est cela, la gestion du risque en assurance santé. Alors que les dépenses de santé sont appelées à augmenter durablement plus vite que la richesse nationale, pourquoi leur interdire d'intervenir pour d'autres types de services de santé, dès lors qu'ils en sont les payeurs principaux ? Pourquoi ne pas vouloir organiser une complémentarité intelligente entre l'Assurance Maladie et les OCAM, qui illustrerait opportunément l'aphorisme de Joseph E. Stiglitz : « l'Etat et le marché sont tous deux imparfaits ; c'est pour cela qu'ils doivent coopérer » ? Telle est la question, restant toujours sans réponse... ■



est un déterminant très important du résultat de santé pour les français. Beaucoup plus que dans d'autres pays, comme par exemple au Japon où la prévention, l'accompagnement par les proches, l'hygiène de vie et l'alimentation sont des déterminants de santé considérés comme beaucoup plus importants qu'en France.

Comme le niveau de satisfaction des français relative à la qualité des soins détermine fortement leur perception globale des questions de santé, le sentiment que la qualité des soins va se dégrader a des conséquences importantes sur la perception du fonctionnement de leur système de santé.

De ce point de vue une première alerte est venue en 2015 de l'indicateur d'espérance de vie à la naissance car elle a baissé pour la première fois dans notre pays depuis 1969. S'il est trop tôt pour savoir si cette baisse est un accident dans la croissance continue de l'espérance de vie depuis quarante-six ans, elle est en tout cas le signe d'une évolution dans l'état de santé de la population.

Que se passe-t-il ?

Plusieurs types de risques non maîtrisés pèsent sur la croissance de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie en bonne santé dans notre pays. On peut citer l'augmentation des suicides, l'augmentation des cancers, la prévalence des maladies cardio-vasculaires avec l'augmentation du tabagisme chez les jeunes et les femmes, l'augmentation du surpoids et de l'obésité, l'augmentation du diabète ou les décès prématurés des personnes âgées ces dernières années, en particulier du fait des virus saisonniers.

Si d'un côté, l'augmentation de l'espérance de vie va être favorisée par une nouvelle vague d'innovations de rupture diagnostiques et thérapeutiques, d'un autre côté elle risque d'être contrariée par ces facteurs épidémiologiques, après une période d'abandon de grands programmes nationaux de prévention des risques de santé publique.

L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé pourrait aussi être contrariée par la mauvaise adaptation de l'organisation des soins aux défis du vieillissement et des maladies chroniques, quand celles-ci concerneront bientôt

un quart de la population française.

Le facteur le plus décisif sur ce sujet sera la baisse du nombre de médecins jusqu'en 2025, en particulier les médecins généralistes, premiers intervenants médicaux auprès de ces populations fragiles.

Dans une situation où notre système de santé éprouve une grande difficulté à développer des nouvelles organisations soignantes aussi rapidement que la croissance des situations sanitaires et sociales complexes, cette baisse de ressources médicales pénalisera fortement de nombreux territoires ruraux comme urbains, qu'ils soient isolés, coûteux pour les professionnels de santé (comme Paris centre) ou avec une population vieillissante.

La crise sanitaire dans les territoires qui perdront plus de la moitié de leurs médecins généralistes sera très dure, du fait de départs en retraite non remplacés, auxquels s'ajouteront dans bien des cas des départs de médecins actifs submergés par l'afflux de nouveaux patients.

Pour toutes ces raisons, il faut nous préparer dans les territoires les plus isolés à une régression de la qualité de l'accompagnement médical des personnes âgées très dépendantes, polypathologiques et parfois en situation de grande précarité sociale.

**Notre système de santé se trouve par conséquent dans une situation paradoxale qui commence à perturber les Français : d'un côté, les dépenses de santé y sont parmi les plus socialisées et parmi les plus importantes dans la richesse nationale de tous les pays de l'OCDE, malgré une régression relative de sa richesse par habitant. D'un autre côté, notre modèle républicain de santé – liberté de choix par les patients de leurs prestataires de soins, égalité dans l'accès aux soins, fraternité dans leurs modalités de financement – ne permet plus de maintenir l'excellence de ses résultats, ni de réduire des inégalités sociales de santé parmi les plus élevées des pays de l'OCDE.**

Dans cette situation de régression sanitaire,

la solution d'une mise en concurrence entre assureurs privés pour le développement du financement des soins courants, fondée sur un transfert financier de l'Assurance Maladie publique, comporterait **une troisième conséquence négative relative à la qualité des prises en charge.**

Cette nouvelle organisation du financement de la protection sociale en santé engendrerait en effet un surcroît de complexité dans la coordination des parcours des patients, en particulier ceux des patients chroniques quand il faut au contraire les simplifier et les rendre plus efficaces.

La séparation entre la régulation du « gros risque » et la régulation du « petit risque », confiées à des financeurs différents, n'aurait en effet aucun sens. Qui sait ce qu'est le « petit risque », comme si une frontière imperméable existait entre ces deux types de risques ? Comme s'il était souhaitable de saucissonner le parcours de soins du patient en confiant à des assureurs privés différents chaque séquence du parcours de soins, quand le nombre de patients de plus en plus polypathologiques, chroniques et complexes augmente ? Qui peut savoir par exemple si l'examen clinique pour une toux entre a priori dans le champ du petit risque, alors qu'il peut conduire au diagnostic de grippe passagère, d'œdème du poumon ou de cancer du poumon ? Qui prendrait en charge l'usage d'un équipement pour éviter les apnées du sommeil, si le lien actuellement investigué entre celles-ci et le risque de survenue de troubles du rythme cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de maladie d'Alzheimer était établi ?

**Cette juxtaposition d'assureurs et de réseaux de soins en concurrence les uns avec les autres conduirait à augmenter la complexité du parcours des patients. Parce que les assurés sont plus vieux et plus dépendants, ils ont au contraire besoin, eux et leurs proches, de plus de fluidité et de sécurité dans leurs prises en charge.**

**Enfin cette complexité occasionnerait une surcharge administrative, tant pour les patients que pour les professionnels qui s'en plaignent déjà beaucoup aujourd'hui.**

Il convient donc, dans l'intérêt national, de mieux

satisfaire les trois attentes essentielles vis-à-vis de la politique publique de santé et à l'évidence, de choisir une autre voie que la privatisation du financement de la protection sociale du risque maladie.

**Seule une alliance nationale permettrait de répondre aux trois attentes fondamentales vis-à-vis de la politique nationale de santé**

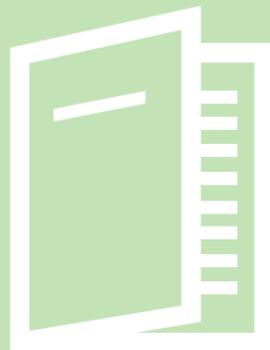
L'efficacité d'une réforme en profondeur de l'organisation et du financement du système de santé devra tout d'abord s'appuyer sur la force d'une alliance nationale autour des valeurs de solidarité et de progrès en santé. Cette alliance nationale pourrait rassembler les élus de différents partis, les représentants des différentes catégories professionnelles et les représentants des usagers déterminés à s'unir pour mettre en œuvre trois principes fondateurs.

**1) LE PREMIER PRINCIPE FONDATEUR SERAIT DE CONSERVER L'ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE COMME LE SEUL ASSUREUR SANTÉ SOLIDAIRE ET OBLIGATOIRE DES RISQUES MALADIE INÉVITABLES.**

Pour mettre en œuvre ce principe, prenons pour référence le régime complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

Géré par l'Assurance Maladie publique obligatoire, ce régime complémentaire obligatoire de protection contre la maladie permet à ses cotisants d'être remboursés à 100% pour toutes leurs dépenses d'hospitalisation et à 90% pour toutes les dépenses de santé ambulatoire conventionnées avec l'Assurance Maladie publique.

Pour financer cette assurance maladie complémentaire obligatoire, un taux de cotisation forfaitaire est appliqué aux revenus. L'efficience



de gestion et de commercialisation de ce régime est inégalée, en partie parce que son adhésion y est obligatoire.

Dans le cas où serait retenue la contrainte d'un taux de croissance des dépenses de santé (ONDAM + dépenses privées) proche de celui du PIB, la prise en charge complémentaire obligatoire déléguée à l'Assurance Maladie publique dans l'ensemble de notre pays serait un levier utile pour atteindre cet objectif très contraignant.

Cette situation ne serait pas très différente de la situation actuelle relative au libre choix des assurés en faveur d'une CMU-C déléguée à l'Assurance Maladie publique ou à des organismes complémentaires.

Pour s'engager dans cette nouvelle voie, commençons par proposer aux entreprises et aux indépendants de disposer du libre choix d'adhérer à une complémentaire santé gérée par l'Assurance Maladie publique ou par un organisme privé.

Dans ce cadre, et alors que la concentration des assureurs santé est en marche, l'Assurance Maladie publique pourrait aussi être incitée à faire l'acquisition de groupes mutualistes en santé.

Parallèlement, le renforcement de l'Assurance Maladie publique devrait être accompagné d'une réorientation de la place des organismes privés d'assurances en santé dans le système de santé.

Il s'agirait dans cette nouvelle configuration de définir qu'elle serait la meilleure valeur ajoutée d'un système d'assurances santé individuelles, librement choisies par le bénéficiaire ou ses représentants en entreprise et en situation de concurrence les unes avec les autres.

Cette réflexion sur la valeur ajoutée de la concurrence dans le champ assurantiel en santé aboutirait à définir leurs champs d'intervention dans la prise en charge des problématiques de santé des Français. A titre d'exemple, elles pourraient intervenir de façon exclusive dans le champ de la santé au travail et dans celui des risques inhérents à des comportements individuels évitables. Ces comportements individuels à risques pourraient alors ne plus être assurés par la solidarité nationale gérée par l'Assurance Maladie publique.

Une négociation préalable à la création de l'Agence nationale en charge de la régulation et du financement de la santé (voir ci-dessous) aboutirait à une liste des risques assurés au premier euro par les assureurs, mutuelles et instituts de prévoyance.

## **2) LE PENDANT DE CE PREMIER PRINCIPE FONDATEUR SERAIT UN PRINCIPE DE PERFORMANCE DANS TOUTES LES DÉCISIONS DE RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.**

Nous avons vu ci-dessus que les Français et de nombreux professionnels considèrent qu'il y a trop de gaspillages dans le système de santé et le coût élevé de la "sur-dépense" de santé.

Par ailleurs, de nouveaux besoins émergent, il faut donc permettre le transfert de ressources financières entre destinataires au sein du système de santé. Par exemple du secteur curatif de court séjour vers le préventif, le long séjour et plus généralement vers l'accompagnement de la dépendance.

Un programme de performance doit donc viser à une plus grande industrialisation des processus de prise en charge, en particulier pour les patients aigus, et une industrialisation des processus de coordination entre prestataires, en particulier pour les patients chroniques et complexes.

**Pour mener à bien cette industrialisation comportant un plan digital, la nouvelle Agence nationale à créer devrait pouvoir activer cinq leviers essentiels de performance :**

**- Le soutien massif à l'innovation diagnostique, thérapeutique et organisationnelle pour réduire les coûts de prise en charge actuels des maladies chroniques les plus coûteuses, comme le diabète ;**

**- La concentration des plateaux techniques hospitaliers les plus consommateurs de ressources, alors que nous avons un des réseaux hospitaliers les plus denses du monde.**

**- La dérégulation du secteur hospitalier**

**qui permettrait une plus grande souplesse d'adaptation aux évolutions techniques et scientifiques en réduisant les normes en matière de sécurité de l'offre de soins du code de santé publique pour les remplacer par un principe de contractualisation nationale et territoriale entre le régulateur national (avec ces directions régionales) et les établissements hospitaliers ;**

**- L'amélioration de la tarification des acteurs de santé, en gommant progressivement les effets d'aubaines tarifaires actuels en particulier en secteur hospitalier public et privé contraires au principe de satisfaction des besoins de santé publique et en développant la tarification aux parcours complexes qui remplacerait les tarifs à l'acte en secteur hospitalier et à l'activité en secteur ambulatoire libéral pour ces parcours.**

**- Enfin, un programme national de grande ampleur relatif à la performance de l'accès aux soins primaires et de la coordination de ceux-ci. Si beaucoup de solutions ont déjà été proposées pour l'accès aux soins de premier recours, de nouvelles actions ne pourraient être mises en œuvre qu'à la condition que ce cinquième levier soit une priorité en termes de financement.**

**Un grand programme national d'accès aux soins ambulatoires devrait faire partie des grands programmes présidentiels pour les cinq prochaines années, comme ont pu l'être par le passé les programmes nationaux contre le cancer.**

Mais aucun des cinq leviers de performance proposés ci-dessus ne pourrait être mobilisé sans une réforme profonde du mode de régulation du système de santé.

## **3) LE TROISIÈME PRINCIPE FONDATEUR D'UNE ALLIANCE NATIONALE CONCERNERAIT LA CLARIFICATION DU PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Pour la plupart des dirigeants politiques nationaux passés ou actuels, la question du pilotage du système de santé apparaît comme une sorte de cambouis qui n'intéresse pas les français.

Pourtant, lorsque les dirigeants politiques nationaux auront besoin d'agir pour répondre à la grogne des français face au délitement du système de santé, ils auront plus que jamais besoin d'un pilotage national efficace.

Comment cela fonctionne-t-il aujourd'hui ?

Tous les acteurs du système de santé, les professionnels de santé, les responsables des établissements et services, les industriels, les représentants des usagers et les responsables eux-mêmes de cette régulation à l'échelon régional et national se lassent de voir la juxtaposition de nombreux intervenants administratifs et politiques qui tentent de réguler au mieux le système de santé.

L'amélioration de la performance des parcours de soins nécessite qu'un régulateur dispose de la vision globale du système de santé, du pouvoir de négocier avec tous les acteurs et de la capacité à modifier les allocations de financement dans tous les champs de la santé, sanitaires comme médico-sociaux. Par exemple, l'augmentation du financement de la coordination en ambulatoire des parcours de soins complexes grâce à l'amélioration de la performance des hôpitaux publics et privés ou l'augmentation du financement de traitements innovants grâce aux économies qu'ils généreront au cours du parcours de soins.

**La réforme du pilotage du système de santé est particulièrement délicate à mettre en œuvre, car il s'agit de gérer des changements importants.**

**Le premier facteur d'efficacité du pilotage national réside dans l'unification de tous les moyens actuels affectés à la régulation du système de santé, afin que le mode actuel de régulation hyper-administré, hyper-politisé et hyper-dispersé soit remplacé par une régulation résultats-centrée sur le patient, donc dépolitisée et unifiée.**

**Les processus de prises en charges des pathologies chroniques et des personnes dépendantes sont devenus tellement complexes qu'il s'agit de passer à un mode de régulation du système de santé (son organisation et son financement)**

**Patrick Bouet**

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins



**De nombreuses études indiquent que les français considèrent que l'accès aux soins est de plus en plus inégalitaire, tant pour des raisons financières que géographiques, selon-vous comment pouvons-nous endiguer ce phénomène ?**

Répondre aux défis auxquels nous faisons face en termes de démographie médicale doit nous obliger à adopter un nouveau paradigme, en libérant les énergies dont regorgent nos territoires pour refonder un système devenu hyper-centralisé et hyper-administré. Il faut arriver à une meilleure structuration de l'organisation territoriale, reposant sur une gouvernance régionale forte et inclusive, fondée sur les établissements publics, les établissements privés et les représentants de l'exercice ambulatoire libéral. C'est cet esprit d'ouverture, d'inclusion, de dialogue, qui permettra de faire émerger une véritable équité territoriale dans l'accès aux soins. Celle-ci ne sera pas bâtie par la multiplication des lieux de soins, mais par une plus grande coordination entre eux, quels que soient leurs statuts. C'est ce qui ressort clairement des nombreuses initiatives territoriales dont l'Ordre est une partie prenante partout en France. La réussite de ces initiatives repose sur le partenariat de tous les acteurs !

Il est également primordial d'intégrer véritablement la formation à la réflexion sur la refonte de notre système de santé. Ne pas le faire aujourd'hui, c'est se condamner à l'échec demain ! Il faut avant tout que, demain, la formation initiale des futurs médecins permette l'acquisition d'une véritable connaissance de l'organisation et des parcours de soins. Il faut également que la formation soit tournée vers les territoires. Cela doit impliquer une véritable politique de coopération public/privé dans la formation. Cela permettrait de sortir les étudiants des hôpitaux universitaires, pour qu'ils découvrent tous les modes

d'exercice, et qu'ils irriguent notamment les territoires les plus éloignés des CHU de la région. C'est également dès la formation initiale que nous devons faire émerger une véritable culture de la coopération entre professionnels de santé. Travailler ensemble s'apprend, et il nous faut accompagner les futures générations dans cette démarche.

**Quel impact aura l'intelligence artificielle sur le rôle du médecin en France ?**

La médecine comportera toujours une part essentielle de relations humaines, quelle que soit la spécialité, et ne pourra jamais s'en remettre aveuglément à des « décisions » prises par des algorithmes dénués de nuances, de compassion et d'empathie. Les médecins ne sauraient oublier que la maladie est celle d'une personne et qu'en quelque sorte elle « appartient » au patient. Nous l'aidons, par les compétences professionnelles que nous avons acquises, à en gérer ensemble les conséquences.

Dans ce contexte, les algorithmes et l'intelligence artificielle seront nos alliés, comme un apport essentiel pour l'aide à la décision et à la stratégie thérapeutique, ce qu'aucun médecin ne peut rejeter. Il est cependant primordial de travailler à la protection des données personnelles de santé, c'est-à-dire du secret dont elles sont couvertes, qui est la base même de la confiance portée aux médecins par leurs patients.

Par ses publications sur le sujet, et notamment celle récente d'un livre blanc, le Conseil national de l'Ordre des médecins entend alerter et accompagner l'ensemble des médecins sur les signaux qu'ils doivent tous, à des degrés divers, savoir recevoir, analyser et utiliser.

**Pensez-vous que « la performance » puisse-être la clé de voute d'un financement pérenne de notre système de santé ?**

Depuis quarante ans, notre système de santé est géré sur la foi d'un indicateur principal : celui de l'équilibre de ses comptes. Les plans de retour à l'équilibre se sont enchaînés, laissant notre système exsangue, incapable de relever les défis qui se posent à nous. La logique économique l'a emporté sur tout et tous, et les inquiétudes exprimées par les acteurs du système n'ont jamais été entendues. Là encore, il nous faut changer de paradigme : pourquoi la santé devrait-elle être le seul pilier de la bienveillance républicaine à devoir répondre à l'exigence d'équilibre économique ?

Si nous voulons espérer passer sans heurts ni dommage d'une société du traitement de la maladie aiguë à une société de la prise en charge de la maladie chronique, nos gouvernants ne peuvent plus rester concentrés sur leur objectif de contenir l'évolution des dépenses de santé. Il nous faut aujourd'hui réaffirmer le principe de solidarité qui régit notre système de santé depuis 1945 : la santé est une mission de service public ! Dès lors, la seule performance de notre système ne doit pas en être le seul objectif, et il nous faudra consentir collectivement à payer le prix de cette performance. La pertinence des actes selon des critères médicaux à partir d'une évaluation méthodologique professionnelle est la voie qu'il nous faut suivre. ■

**ressemblant davantage à de l'ingénierie de production de soins et d'accompagnement des personnes dépendantes, qu'à de l'émission de lois, de décrets et de normes administratives.**

**Il s'agit de passer d'un mode administré par l'Etat, à un mode de délégation de gestion par l'Etat à un organisme public plus autonome.**

Quelle en serait l'architecture ?

**Le premier volet de cette nouvelle architecture concernerait la place de l'Etat dans le pilotage de la politique de santé.**

Tout d'abord l'Etat ne se désengagerait pas de la santé. Il clarifierait son rôle, au profit d'une responsabilisation accrue des différents acteurs de la régulation du système de santé.

L'Etat resterait le maître d'œuvre des missions régaliennes dans le champ de la santé publique et de la sécurité sanitaire collective et serait le maître d'ouvrage de la stratégie nationale de santé, au moyen d'orientations pluriannuelles votées par le parlement (budget ONDAM et santé publique) et

Les compétences actuelles de l'Etat relatives à l'organisation des soins seraient donc déléguées à une seule institution publique, contrôlée par le parlement. Cette autorité nationale de régulation et de financement du système de santé<sup>4</sup> serait alors la seule responsable devant le gouvernement et le parlement de l'organisation et du financement de la santé, au moyen de la contractualisation avec tous les acteurs de santé.

Elle disposerait d'une gouvernance représentative de la démocratie sociale et sanitaire.

Cette autorité nationale prendrait ses responsabilités de gestion, sans l'intervention directe et permanente du pouvoir politique.

Le pouvoir politique lui confierait au moyen d'une grande loi de santé la responsabilité de répondre aux trois principaux défis relatifs à l'accès solidaires aux soins dans les années à venir : l'accès à des médecins et à des équipes soignantes de premier recours sur tous les

territoires de la République, le financement de l'innovation thérapeutique et la coordination territoriale des parcours de soins complexes. Pour mettre en œuvre les négociations avec les professionnels et les réallocations financières entre secteurs nécessaires à ces trois objectifs, cette nouvelle autorité aura besoin d'une gouvernance interne très efficace et d'un soutien très fort des plus hautes autorités politiques.

**Le deuxième volet de la réforme du pilotage du système de santé concernerait le pilotage du secteur hospitalier public.**

Avec les dépenses de médicaments, le secteur hospitalier (public et privé) est la principale source de la sur-dépense de santé. Le maintien de notre protection sociale contre le risque maladie nécessite donc de mieux gérer en priorité les dépenses de ce secteur. Mais les hôpitaux publics sont aussi le principal secteur d'accumulation de tensions dans le système de santé et le risque d'une déflagration sociale y est particulièrement élevé.

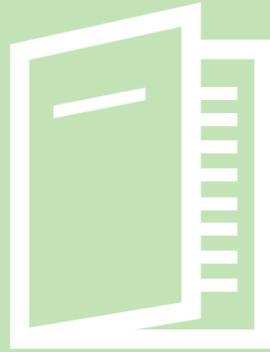
Ces deux constats incitent à bâtir un mode de pilotage du secteur hospitalier public susceptible de réduire les coûts, en améliorant l'accès des patients à ce secteur public et les conditions de travail des professionnels. Vaste défi !

La dilution de la responsabilité dans le pilotage du secteur hospitalier public est la cause principale des tensions actuelles. On ne peut plus continuer d'avoir une telle dilution de responsabilité entre de multiples organismes publics nationaux et régionaux, sous la pression électorale locale permanente, quand la dépense annuelle est de plus de 60 milliards d'euros par an, que la seule solution trouvée pour réguler son augmentation est de baisser des tarifs unitaires et que l'insatisfaction des professionnels y est devenue aussi élevée.

Il faut donc disposer de nouveaux leviers efficaces de pilotage de ce secteur.

Pour commencer par la base du problème, le Parlement voterait la délégation par l'Etat de la gestion de tous les hôpitaux publics à un groupe national hospitalier public.

La constitution de ce groupe national pourrait



s'inspirer de la création de la SNCF qui a servi à unifier la gestion publique du transport ferroviaire et aussi à contractualiser avec les Régions.

La SNCF, entité publique bientôt en concurrence avec d'autres opérateurs du transport ferroviaire, a pour tutelle le ministère des transports.

Le secteur hospitalier public constitué en une entité unique et autonome, en concurrence avec des établissements privés, resterait sous la tutelle du ministère des affaires sociales.

Si ce groupe hospitalier national reprenait les missions de tutelle et de pilotage des hôpitaux publics aujourd'hui confiés aux nombreux acteurs publics régionaux (les ARS) et nationaux, l'objectif ne serait pas d'opérer une hyper-concentration des décisions au niveau national, mais bien d'unifier sa stratégie et de mettre en place une coordination nationale pour l'ensemble du secteur hospitalier public<sup>5</sup>.

Pour réussir son adaptation aux contraintes fortes qui pèsent sur lui, ce groupe hospitalier public bénéficierait d'une forte autonomie en matière de stratégie et de gestion. Cette autonomie est réclamée depuis bien longtemps par les dirigeants hospitaliers publics.

Dans une première étape, ce groupe public gérerait de façon autonome tous ses investissements lourds et les restructurations territoriales des hôpitaux publics dans le cadre des conventions avec l'autorité nationale de régulation et de financement du système de santé, ainsi que la gestion des carrières et la nomination des directeurs d'hôpitaux dans le cadre de son projet stratégique.

Dans une seconde étape, il gérerait aussi les statuts de ses emplois et donc la négociation sociale avec les partenaires sociaux.

Cette nouvelle modalité de pilotage devrait être adaptée et déployée à l'échelon territorial, selon le projet de santé du territoire, au moyen d'une organisation déconcentrée, probablement autour des CHU actuels. Sous leur égide, les processus de fusion juridique et managériaux au sein des nouveaux groupements hospitaliers de territoire (GHT) seraient accélérés.

**La clarification du pilotage et de l'organisation de la régulation du système de santé (avec un régulateur national unique) d'une part et la clarification du pilotage du secteur hospitalier public d'autre part (avec un groupe hospitalier public national distinct de ce régulateur national), permettrait de mettre en œuvre avec efficacité les programmes de performance indispensables au maintien de la solidarité dans l'accès aux soins et aux innovations diagnostiques et thérapeutiques.**

**Cette double clarification permettrait aussi de mieux prendre en compte les spécificités territoriales, grâce une organisation déconcentrée de ces deux nouvelles autorités publiques.**

**Pour conclure : pas de transformation possible du système de santé sans une alliance nationale**

La réforme proposée est fondée sur trois principes fondamentaux : la solidarité garantie par une Assurance Maladie publique, la meilleure performance économique et un pilotage unifié et simplifié du système de santé.

Cette réforme est difficile.

Elle nécessiterait à la fois une grande concertation avec les différents acteurs du système au sein de la nouvelle autorité publique en charge du pilotage de cette réforme et en même temps une très grande rapidité d'exécution.

Cette difficulté de la transformation proposée ici et la sensibilité des professionnels et des citoyens aux questions de santé, dans un contexte de défiance généralisée des professionnels et de risque d'une crise dans ce secteur, nécessitent que les acteurs

attachés aux principes fondamentaux énumérés ci-dessus s'unissent avec détermination au sein d'une Alliance nationale pour la solidarité et le progrès en santé.

Cette alliance nationale serait présentée aux français comme le meilleur moyen de maintenir un système de santé le plus performant et le plus solidaire du monde. Elle contribuerait à renforcer l'adhésion à la République des citoyens et des professionnels de santé qui s'en sont progressivement détachés ■

<sup>1</sup> Source OCDE, dépenses courantes de santé.

<sup>2</sup> Entre 10,5 et 17% du PIB (Etats-Unis, Suisse, Allemagne, Suède, France, Japon, Canada, Pays-Bas, Belgique, Autriche).

<sup>3</sup> Plus de 15% du PIB.

<sup>4</sup> Cet établissement public en charge de l'organisation et du financement des soins pourrait prendre le nom de France Santé - Alliance nationale pour la solidarité en santé.

<sup>5</sup> Cet établissement en charge du pilotage des hôpitaux publics pourrait prendre le nom de France Hôpital.



## CLAUDE TARALL - PRÉSIDENT DE LA CARAC

# UN "MINE" AU CHARBON !

Il est des lieux où souffle l'Esprit. » Assurément la Lorraine en est un. Qui pourrait démentir Barrès ? Oublions la mirabelle et pensons Transi de Ligier Richier, Place Stanislas, pilier excentré de Saint Nicolas de Port ou encore château de Lunéville ou cathédrale de Metz, « lanterne du Bon Dieu ». Admironons le travail de Jacques Callot, relisons précisément Barrès, mais aussi l'abbé Grégoire, découvrons les « nouveaux lorrains », Philippe Claudel, Éric Reinhardt ou Virginie Despentes. Nourrissons-nous de Fernand Braudel et de Jean-Marie Pelt...

Que Claude Tarall soit attaché au terroir qui l'a vu naître à Montigny-lès-Metz en 1947, rien d'étonnant dans ces conditions. Ancrage, proximité certes, mais aussi épicurisme assumé, voilà les ingrédients qui nourrissent quotidiennement l'énergie voire la force de celui qui de toute évidence ne vacille pas à la moindre bourrasque ! Il en faut beaucoup et certainement davantage pour celui qui a connu le grisou... « J'ai connu le front, les blessés, parfois malheureusement les morts ». Car pour qui a fait toute sa carrière au sein des Houillères de Lorraine, la vie se séquencait entre autres par les accidents de la mine. De quoi forger un caractère, de quoi réfléchir au concept de progrès !

Marié depuis 52 ans, père de 4 filles, Claude Tarall a toujours été passionné par la physique et la chimie. Cependant, il intègre l'école des Mines de Nancy en 1970 pour en sortir trois ans plus tard, ingénieur diplômé en métallurgie. Paradoxalement, il entre aux charbonnages de Lorraine pour participer à la relance du charbon. Il y finira sa carrière comme Secrétaire Général, puis Directeur Indus. iel. Excusez du peu !

Aujourd'hui Président de la CARAC (mutuelle fondée en 1924 par les anciens combattants), il ne développe aucun complexe au sein de cet organisme d'épargne-retraite lorsqu'on qu'on lui fait remarquer qu'il n'a pas connu le feu - comme tout français civil depuis cette génération ! - pour porter haut le drapeau. Lui sait ce qu'est la Patrie comme tout lorrain, lui sait ce qu'est résister comme tout homme de l'Est et lui pour avoir vu des drames humains pendant plus de trois décennies sait que le progrès doit être libérateur de toute entrave...

### L'or noir !

32 ans au sein de Charbonnage de France ! À l'époque 25 000 gueules noires, un melting pot unique, une culture spécifique, des valeurs de solidarité, une fierté légitime... Ingénieur de la « fosse » pendant de nombreuses années, c'est un véritable combat sans relâche pour sécuriser le travail des mineurs qu'il mène contre les éléments

: nuit et jour, week-end bien sûr, car le risque, le danger, n'ayant pas d'horaire ne permettaient jamais un repos complet. « Ce n'était plus « Germinal », loin de là, dit-il avec pudeur, mais la mine était toujours redoutée, car toujours redoutable.

Syndicaliste à la CGC, - il a été Secrétaire Général adjoint de sa fédération des industries de l'énergie et des mines - il a ainsi relevé le défi de porter une double casquette, à la fois celle de responsable opérationnel d'une unité de 3 000 personnes et celle de négociateur du « bout de gras ». Militant ainsi pour un syndicalisme réformiste, loin d'être majoritaire dans ce secteur, les grèves très jusqu'au-boutistes de 92 et 93 au cours desquels les mineurs ont envahi Metz et mis à sac le Conseil Régional en témoignent. L'entreprise s'arrête en 2006, la plupart des salariés prennent leur retraite, pour certains dès 45 ans, avec un régime avantageux àprement négocié (80% du dernier salaire).

### Un passionné !

Claude Tarall entretient de multiples passions. Parfois singulières, toujours conviviales. Doté d'un diplôme d'œnologie, c'est un amateur de bon vin, mais l'homme cultive le paradoxe puisqu'il a été également Grand Maître de la Confrérie de la bière de Saint-Avold. Quant à l'iconographie, il sait que tout est image dans notre société ! Qu'il s'agisse de responsabilité ou de relations, l'homme est sans détour. Toujours à l'affût, il est réceptif au monde nouveau ? Ne comptez pas sur lui pour extérioriser une quelconque nostalgie du monde passé, mieux, il veut éradiquer tout carcan, gommer toute frontière, ordre le coût à tout préjugé. Ce marcheur invétéré -10 à 15 km par jour- est fier de sa investi d'ins

la société. Membre du Lions Club depuis 20 ans, engagé au Tribunal du contentieux de l'incapacité de Nancy, il aime se mettre au service des plus précaires. Profondément républicain, persuadé comme le théâtre classique le lui a appris que « la parfaite raison fuit toute extrémité », il rejette les extrêmes jugeant que l'Histoire ne peut pas se dissoudre par un ravalement de façade, par un ripolinage superficiel. Les héritages sont les héritages et la République ne peut s'entendre qu'à travers son triptyque fondateur et opérationnel : Liberté, Egalité, Fraternité.

### Son engagement

Ancrage, tradition et certainement filiation : c'est tout naturellement que Claude Tarall s'intéressa au monde mutualiste puisque son père fut administrateur d'une mutuelle constitutive de la Carac. En 2004, il s'engage lui-même dans cet organisme fruit d'une fusion en 2002 de 72 mutuelles donnant ainsi naissance à la première mutuelle distribuant la retraite du combattant.

Eradiquer tout carcan, gommer toute frontière : dès 2002, la CARAC cherche à diversifier sa gouvernance notamment en intégrant un collègue non combattant. Fidèle à lui-même, Claude Tarall, comme dynamisé par cette ouverture, sera élu à différentes responsabilités au sein de la section Lorraine, puis au niveau national. Dès juin 2012 il devient le premier Président non combattant. Mais le destin est aussi cruel qu'injuste : ce jour-là, son père, celui qui l'avait initié à la mutualité, à ce territoire humaniste, démocratique disparaît dans des conditions tragiques. Joie et peine, reconnaissance des autres et douleur intime, Claude mesure la

complexité de la vie... De cette épreuve, au-delà de la perte cruelle, il ne retiendra que l'exemplarité de participer à une œuvre collective dont l'autre est la préoccupation de chaque instant.

### L'avenir (voir présentation de la CARAC ci-après)

Quand il parle de la CARAC, le Président s'anime. L'Homme de passion resurgit, « c'est une mutuelle qui se cherche un peu » avoue-t-il et logiquement « des discussions se sont engagées avec d'autres organismes mutualistes, même concurrents, pour organiser les prémices d'un partenariat » assume-t-il, mais « nous sommes difficiles ». Le Président qu'il est ne fait pas fi de ses responsabilités : sauvegarder l'identité si singulière de la CARAC, fondée tant sur les notions de proximité que d'écoute des adhérents est non négociable, à tel point que « nous privilégions cette proximité en mettant en avant nos agences ». C'est un choix stratégique affirme-t-il avec détermination. Refusant tout extrémisme dans la méthode, Claude Tarall considère qu'il faut avancer pas à pas pour aller de l'avant tout en protégeant les atouts de la CARAC.

Si depuis la mise en place de « solvabilité 2 », les processus ont évolué, notamment en ce qui

concerne la place et le rôle des élus au sein de la mutuelle, rien ne sert de précipiter les choses. Il faut laisser du temps aux structures pour évoluer dans les meilleures conditions. Evoquant les sujets d'actualité, Claude Tarall joue le jeu de la franchise. A contrario, il émet des réserves concernant la réforme des retraites bientôt initiée par le gouvernement. En effet, si celle-ci devait ouvrir la porte à une retraite par points alors considère-t-il « cela pourrait poser de gros problèmes car la valeur du point peut changer au fil des années » ... « ce n'est pas la panacée universelle » juge-t-il, admettant néanmoins que le système par répartition est désormais insuffisant. Ainsi, à l'instar de ce qui a suivi l'ANI pour les complémentaires santé, la retraite par capitalisation répondra toujours aux besoins individuels d'une retraite supplémentaire.

À 70 ans, cet homme qui aurait pu aspirer au repos est un boulimique d'activités. Il aime le travail d'équipe, l'engagement collectif. Est-ce parce qu'il est pudique ? Passionné par les brasseries, il rêvait d'en créer une dans sa Moselle natale. Il se souvient de celle qui jouxtait sa maison de jeunesse, de cet incroyable capharnaüm qui y régnait, de ces allers et venues au parfum de rituel. Il ne sera jamais brasseur... Encore que d'idées, il l'est depuis toujours ! ■



## LA CARAC EN QUELQUES CHIFFRES





LA TRIBUNE

#### JEAN-PAUL SÉGADE

Vice-Président du CRAPS, IGAS et ex-Directeur Général de l'AP-HM

#### FRÉDÉRIC BOUVIER

Directeur de la Stratégie et New Business Development de Philips

# LE PROGRÈS TECHNIQUE EN SANTÉ : LE VIRAGE NUMÉRIQUE DE L'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE (ACP)

**L**a santé offre un cadre idéal pour aborder le débat sur l'innovation et l'évolution de notre société. Le débat récent sur le transhumanisme, l'apport des technologies de l'information dans les métiers de la santé, la robotisation de certaines fonctions médicales, l'émergence de médicaments plus efficaces et personnalisés sont un des aspects d'une innovation en marche. L'objet de cet article est d'aborder un cas concret celui de l'anatomie pathologie et d'essayer d'en tirer des incidences.

## LE CONTEXTE

L'Anatomie et Cytologie Pathologique (ACP) est l'étude microscopique des altérations organiques des tissus et cellules. De nombreuses affections (à l'instar du cancer) ne peuvent être reconnues avec précision que par l'examen microscopique d'un fragment de la lésion (histopathologie) ou d'un étalement de cellules isolées (cytopathologie). L'examen anatomopathologique est une étape clé du parcours du patient en oncologie qui permet de caractériser le type de cancer et de préparer la décision thérapeutique. L'avenir de l'ACP est donc de nature à présenter des enjeux majeurs pour le système de santé.

## LES ENJEUX

**Enjeux épidémiologiques.** Le besoin d'examen ACP connaît une dynamique forte qui s'accélère, dû au vieillissement de la population, ainsi qu'à la progression des pathologies chroniques, inflammatoires et surtout cancéreuses. Le cancer est la première cause de mortalité prématurée en France, devant les maladies cardiovasculaires, avec 148 000 décès en 2015. L'incidence du cancer a été augmentée par 2 au cours des trente dernières années, pour atteindre 355 000 nouveaux cas en 2015. Cette incidence continuera de croître avec la transition démographique et les modes de vie.

**Enjeux démographiques.** Les médecins ACP sont devenus une ressource rare, avec une répartition hétérogène sur le territoire. On compte en France moins de 1600 anatomopathologistes, avec une densité moyenne de seulement 2,2 pour 100 000 habitants, et une plus forte densité en région parisienne et le sud-est. L'âge moyen est de 52 ans, la population en activité a diminué de 10% entre 2008 et 2013.

**Enjeux cliniques.** La qualité de l'analyse portée par l'ACP ne supporte pas l'approximation, tant les chances

thérapeutiques du patient en dépendent. Or les examens microscopiques, tels qu'ils sont pratiqués aujourd'hui, conduisent à une variabilité des observations qui menace la pertinence du diagnostic posé pour 25% des lames (un patient sur quatre).

**Enjeux d'efficience.** Le flux logistique des lames de verre est aujourd'hui un frein à la diminution des délais de rendu des résultats et une perte d'efficience des laboratoires. Le flux logistique, en l'absence de dématérialisation du produit d'observation, conduit à des délais dans la procédure du fait des conditions actuelles de stockage et manipulation des lames. Cela retarde les examens et limite la possibilité de solliciter un second avis dans des conditions optimales pour le patient.

## L'INNOVATION INDUITE

Elle repose sur trois exigences et induit un modèle d'organisation.

- Performance organisationnelle : limitation des manipulations physiques ;

- Performance clinique : algorithmes d'aide au diagnostic, intelligence adaptative identifiant les zones d'intérêt et réalisant le comptage tumoral, priorisation des informations diagnostic, élimination des déviations ; élimination des pertes de chance pour le patient ;

- Performance médico-économique : mise en réseau des médecins ACP, sécurisation du second avis.

**Le modèle.** Le modèle induit par ce projet intègre une évolution vers des modèles organisationnels de « tour de contrôle » et des modèles économiques de « plateforme as-a-service » à l'échelle d'un territoire autour d'un établissement pivot.

Le modèle économique se traduit par des gains de productivité exprimés en nombre de lames traitées et en économie en personnel de près de 20% des effectifs soit un retour sur investissement sur 5 ans.

Les effets indirects concernent principalement la réduction des durées moyennes de séjour hospitalier. L'analyse du PMSI 2015 permet d'observer un écart jusqu'à +2,4 jours entre les DMS d'une même série de GHM, avec ou sans acte ACP. La pathologie numérique offre des gains de productivité tels qu'on peut envisager de réduire substantiellement cet écart.

## LES LEÇONS

Au-delà de cette exemple, il appartient au

monde de la santé et donc de l'hôpital de relever le défi de la révolution numérique à l'hôpital et de faire de ce progrès un levier de transformation. Cet exemple démontre que la dynamique qui en découle va conduire à la concentration de l'expertise dans des centres régionaux ainsi constitués avec une finalité positive pour le malade.

À chaque progrès technique correspond un mode d'organisation de la santé :

- L'émergence d'un fort progrès technique a conduit dans un premier temps à la construction de hauts plateaux techniques. À cette architecture correspondait le temps plein médical un statut unique mais également la concentration dans un seul lieu de toutes les activités (mythe de l'établissement mono site).

- La révolution des techniques informatiques, l'hyper spécialisation des métiers, l'innovation médicale poussent à la fédération de compétences diverses et non de structures ou de bâtiments.

Or, force est de constater que la peur des incidences de ce progrès médical l'emporte sur la nécessaire anticipation d'un progrès technique en marche. Comme à toutes les époques l'innovation rebat les cartes, et heurte les rentes de situation de toute nature.

Ce qui coûte cher dans notre système de santé ce n'est pas l'innovation mais le refus de prendre en compte ses incidences en continuant de financer des organisations inefficaces ou maintenir des règles statutaires ne collant plus aux nouvelles organisations. Le tout, in fine, au détriment du patient comme au détriment d'une conduite positive du changement avec l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux.

Le danger c'est d'avoir peur de l'innovation, la chance c'est de tirer profit de l'innovation et d'anticiper. ■



LA TRIBUNE

### JEANNICK TARRIÈRE

Présidente de Traits d'Union  
Membre de la mission parlementaire "La télésanté :  
un nouvel atout au service de notre bien-être"

# L'INNOVATION AU SERVICE DE L'EFFICIENCE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

**L**e vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution de la démographie des professionnels de santé (notamment leur répartition géographique) constituent des défis sanitaires. L'organisation de notre système de santé nécessite d'évoluer pour améliorer le parcours des patients et l'accès aux soins, en se fondant sur des projets d'organisations innovantes.

En effet, notre système de santé est caractérisé par une offre de soins cloisonnée, alors que les patients sont de plus en plus souvent atteints de pathologies complexes nécessitant une prise en charge coordonnée. Par ailleurs, les modèles de financement actuels ne permettent pas d'évoluer vers une organisation efficiente et coordonnée des soins. Pour relever ces défis, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ouvre un cadre d'expérimentation pour une durée de 5 ans, portant à la fois sur l'organisation et la rémunération des actes ou des séjours. Ces expérimentations pourront concerner aussi bien les soins de ville que l'hôpital ou le secteur médico-social.

### LE PARI D'UN CADRE EXPÉRIMENTAL LARGE POUR FAVORISER L'INNOVATION AU SEIN DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

L'article 51 de la LFSS 2018 introduit un cadre juridique général permettant le déploiement de deux types d'expérimentations qui peuvent être portées par des acteurs locaux ou nationaux pour une durée, qui ne peut excéder cinq ans.

Ces deux types d'expérimentations visent :

- d'une part à déployer des innovations organisationnelles visant, dans les secteurs sanitaire et médico-social, à améliorer la prise en charge et le parcours des patients, l'efficience du système de santé et l'accès aux soins ;

- et d'autre part, à promouvoir la qualité et la pertinence de la prise en charge et de la prescription des médicaments et autres produits de santé.

**Expérimentations visant à déployer de nouveaux modèles organisationnels adaptés aux besoins locaux.** Concernant ces expérimentations locales, l'objectif est d'accompagner des organisations innovantes portées par des professionnels et favoriser la coordination des acteurs, la qualité et l'efficience des prises en charge ainsi que la satisfaction des patients.

Par ailleurs, la loi précise que ces organisations innovantes doivent concourir à l'un des objectifs suivants :

- participer à l'optimisation du parcours de santé et améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire ou médico-sociale ;

- décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins ;

- accompagner les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ;

- favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale.

**Expérimentations visant à promouvoir la qualité et la pertinence de la prise en charge, de la tarification et de la prescription des médicaments et autres produits de santé.** Alors même que notre système de santé n'est pas sous-financé si on le compare aux autres pays de l'OCDE, il vit la régulation comme une source de tension. Cela tient à ses rigidités, au déséquilibre entre la ville et l'hôpital, au caractère atomisé des soins de ville. La construction de notre système de santé sur le tarif à l'acte et à l'activité entretient une recherche des volumes et cloisonne les acteurs. « Pour permettre à chacun d'accéder à des soins de qualité, au juste soin, voire à l'innovation médicale, il faut en permanence s'assurer que l'euro dépensé est un euro utile. Force est de constater que ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les dépenses de santé non pertinentes sont évaluées à environ 30 % » souligne la ministre des Solidarités et de la

Santé, Agnès Buzyn.

Conformément à l'article 51 2° qui vise à « améliorer la pertinence de la prise en charge par l'Assurance Maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions », les expérimentations devront :

- faire évoluer les conditions de prise en charge des médicaments onéreux et des produits et prestations associées, notamment pour ceux actuellement présents sur la liste en sus ;

- mettre en place de nouveaux dispositifs permettant d'inciter directement les professionnels de santé à un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ; en particulier s'agissant des prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les médicaments biologiques disposant de biosimilaires ;

- tester des évolutions du « forfait innovation » pour dispositifs médicaux à usage individuel.

Si cet article répond à un objectif louable puisqu'il s'agit de favoriser l'innovation au sein de notre système de santé, les porteurs de projet gardent à l'esprit que le cadre expérimental s'est avéré, jusqu' alors, peu adapté à des avancées en raison d'une excessive lourdeur. Le législateur par le présent article fait le choix d'un cadre de pilotage plus structurant, tout en ambitionnant de mieux accompagner les initiatives de terrain et les dynamiques professionnelles y compris lorsqu'elles sortent des cadres classiques.

### UN ÉCOSYSTÈME D'INNOVATION POUR SOUTENIR LES INITIATIVES VENUES DU TERRAIN

Les porteurs de projets locaux le savent : plusieurs mesures ont été précédemment prises pour promouvoir le virage ambulatoire et améliorer la coordination des acteurs, à l'instar de celles initiées dans le cadre du programme national d'amélioration du parcours de santé des Personnes Agées en Risque et Perte d'Autonomie (PAERPA) et des précédentes lois de financement de la Sécurité sociale.

Les débats parlementaires ont par ailleurs,

les délais entre l'ouverture de l'expérimentation par la loi et sa déclinaison opérationnelle sur le terrain qui se comptent souvent en années. « En 2012, nous avons voté dans le PLFSS pour 2013 – c'était la méthode d'avant – l'expérimentation de financements de parcours pour l'insuffisance rénale chronique terminale. Il a fallu deux à trois ans pour que le décret sorte, pour que le protocole expérimental soit rédigé par les administrations centrales : aujourd'hui, il n'y a aucun malade dans ce parcours ! » détaille Olivier Véran. L'étude d'impact souligne que « ces initiatives éparses et non coordonnées sont restées partielles et leur pilotage demeure éclaté » quand, « certaines initiatives locales ne peuvent en outre aboutir faute d'un cadre juridique et financier adapté ».

## DE NOUVEAUX MODÈLES DE FINANCEMENT POUR RENFORCER LA STRUCTURATION DES SOINS DE VILLE

Pour mettre en œuvre ces innovations organisationnelles, le législateur prévoit des dérogations aux règles de tarification et de remboursement, du paiement direct des honoraires par le malade, du partage des honoraires ou encore de tarification des établissements. Par ailleurs, les porteurs de projets locaux ou régionaux pourront bénéficier des financements innovants à dimension nationale.

Trois types d'expérimentations nationales sont déjà envisagés par le texte de loi :

- L'intéressement collectif des organisations contribuant au décloisonnement des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- Le paiement intégré à l'épisode de soins ;
- Une rémunération collective en exercice pluri-professionnel.

**Un pilotage unifié à deux étages.** Le texte instaure un cadre centralisé de pilotage, qui a vocation à unifier la conduite d'expérimentations engagées sans réelle vision d'ensemble. Cette gouvernance prévient Olivier Véran, « ne devra pas faire obstacle à la remontée des projets : notre système de santé ne pourra pas se transformer sans la confiance des acteurs de terrain, notamment celle des professionnels de

santé ». Alors que le retour d'expérience des précédentes expérimentations avait souligné le trop d'acteurs aux interventions illisibles, la création de deux instances séparées (un comité technique et un comité stratégique) a pu paraître antinomique de la volonté d'assurer un pilotage unifié et structurant et a suscité de nombreux débats.

- Un comité stratégique

Une première version du texte, qui circulait avant son examen par le Conseil d'État, mentionnait un comité technique et un conseil stratégique. Ce dernier ayant disparu du texte déposé à l'Assemblée nationale, le rapporteur général a réintroduit par le biais d'un amendement, un comité stratégique institué au niveau national, chargé « de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation ».

Les questions portant sur les missions et la composition précise de ce comité stratégique ne relevant pas de la loi, des dispositions réglementaires viendront prochainement éclairer les porteurs de projets. Des décrets en Conseil d'État préciseront la composition et les missions de ce comité, ainsi que les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations et les modalités d'information des patients.

- Un comité technique

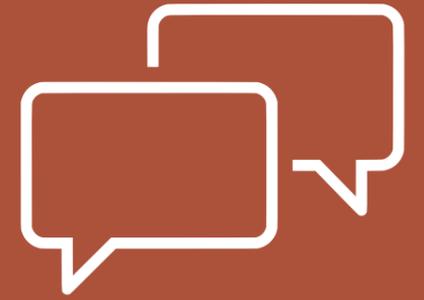
Les acteurs locaux pourront tester des expérimentations, avec l'appui d'une agence régionale de santé après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du comité technique. Ce comité technique composé de représentants de l'Assurance Maladie, des ministres chargés de la Sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émettra un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine si l'organisation envisagée répond à une problématique strictement locale ou si elle pourrait utilement faire l'objet d'un déploiement national.

Chargé au quotidien de sélectionner les expérimentations et de définir précisément le cahier des charges ainsi que les indicateurs

permettant d'évaluer ces expérimentations, ce comité d'experts travaillera à temps plein. Il accueillera en son sein plusieurs structures. Comme pour le comité stratégique, un prochain décret en Conseil d'État précisera la composition, le fonctionnement de cette instance.

## CONCLUSION

En matière d'innovation, notre retard est comme l'a justement souligné, le rapporteur du texte à l'Assemblée nationale, considérable. « Attendu du monde de la santé depuis des années, c'est enfin, la liberté de faire confiance aux initiatives venues du terrain ». Il s'agit d'expérimenter, en partant d'un principe : « au lieu de faire ceinture et bretelles en amont, au lieu de tout vouloir maîtriser à la virgule près, on encadre et on accompagne, mais on choisit une logique d'évaluation ». Le député de l'Isère est convaincu que cet article apportera, non seulement une immense bouffée d'oxygène, mais sera probablement l'acte majeur du quinquennat. Plus prosaïquement, il est permis d'affirmer que cet article phare sur l'innovation au service des organisations procède de la mutation de la conception même des politiques publiques et de leur mode opératoire. ■



PAROLE D'EXPERT

PHILIPPE FOURNY  
Délégué Général de l'UFOP

# Appareillage Orthopédique ACCÈS PARTIEL ET RAISONNEMENT PARTIAL

**L'**histoire commençait bien et plaisait en tout cas à l'esprit français frondeur : un citoyen grec a obtenu en Allemagne, après y avoir suivi une formation de 2 ans et demi, un titre l'autorisant à exercer la profession de masseur-balnéothérapeute médical.

Mais la profession n'est pas réglementée en Grèce et à la suite du dépôt de sa demande aux fins de la reconnaissance du droit d'accéder à la profession de kinésithérapeute, comme étant en Grèce la profession la plus proche de son titre professionnel, le ministère grec de la santé s'est opposé à ce que ce diplôme permette à l'intéressé d'accéder à cette profession au motif que la formation est de 3 ans. Après maint recours, l'hellène se retourne vers la Cour Européenne de Justice<sup>1</sup> qui lui reconnaît le droit à un exercice partiel d'activité. Il est clair pour les juges de

Luxembourg que cette exigence grecque relevait bien d'une entrave à la liberté d'établissement... La Commission Européenne s'émue de cette ségrégation (elle veille vraiment à tout) et pond une directive reconnaissant l'exercice partiel d'activité. Et personne ne s'étonne de cette mesure crasse ou plus exactement aucun Etat, aucune administration, aucun politique. C'est qu'il faut derechef transposer la directive aux professionnels de santé au risque que la France soit pénalisée par la Commission ! Le ministère de la santé a fait fissa pour adopter le décret le 2 novembre 2017 et les arrêtés d'application un mois plus tard. Vive les infirmières spécialistes du pansement, les kinésithérapeutes spécialistes du bain massant, les pédicures-podologues spécialistes de l'ongle incarné et les orthoprothésistes spécialistes de l'avant-bras gauche ! Alors que l'on nous vante d'un côté (à juste titre) les mérites des pratiques avancées<sup>2</sup> qui permettent d'étendre les champs de compétences des professionnels de santé afin de

faire face à la pénurie démographique, de l'autre, on restreint lesdites compétences pour honorer une décision absurde et inapplicable. Comment va-t-on contrôler ces spécialistes baroques tant au niveau de leurs diplômes que de leur exercice ? Ce sont ces mesures qui gangrèment progressive un Alexandrement l'Etat et ruinent le projet européen. Il fallait un Alexandre pour trancher le noeud gordien et un De Gaulle pour pratiquer la politique de al chaise vide. Mais ça c'était avant... ■

<sup>1</sup> Arrêt de la Cour Européenne de Justice du 27 juin 2013 Symvoulio tis Epikrateias/Etat Grec.

<sup>2</sup> Le texte date du 26 janvier 2016, mais les décrets d'application se font attendre.

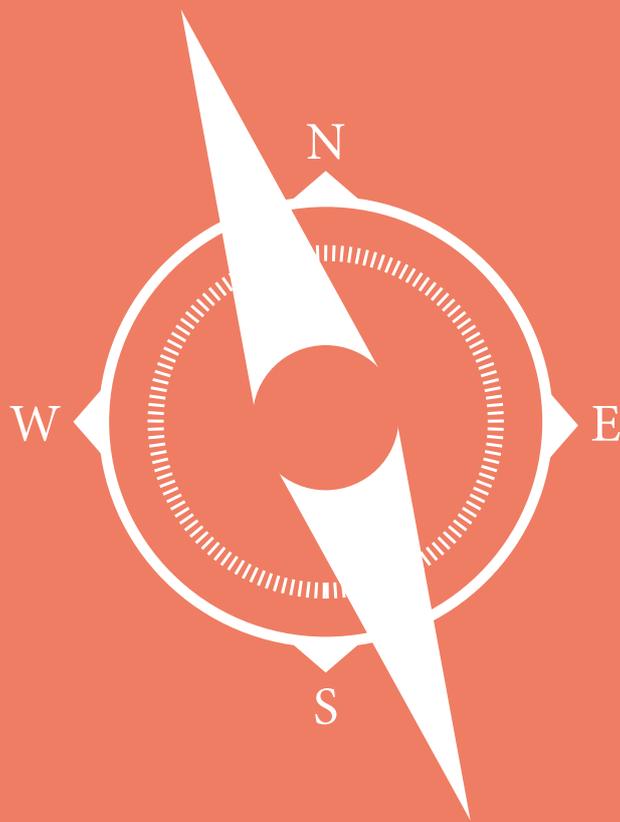


SI VOUS AVEZ LOUPÉ...

9 CRAPSLOG à votre disposition... et ils sont gratuits !



Il suffit de cliquer sur les images pour les découvrir !



---

**ÖÖCRAPS**