

COLLOQUE JENNER

Paris, le 19 mai 2025

14h00 - 18h00

DÉCENTRALISER ET LIBÉRER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

BFM - Espace Cristallia – PARIS

ACCUEIL : Benoît FRASLIN, président de la Banque fédérale mutualiste

INTRODUCTION

Alain MILON

Pourquoi créer un nouveau think-tank sur la santé ?

- Un lieu d'échange transpartisan.
- La prise en compte des attentes des patients : le manque de personnel, le reste à charge, les enjeux des nouvelles tâches.
- Comment faire face à des déficits d'un montant croissant.
- Un contexte international préoccupant, en particulier la situation américaine : un ministre de la santé anti-vaccin, le retrait de l'OMS, la défiance envers la science médicale.
- La nécessité d'une prise de recul sur la situation du système de santé.
- Conduire une réflexion sur plusieurs questions majeures : quelles évolutions concernant le statut de l'hôpital public ? Quelles améliorations apporter au dispositif de pilotage et de régulation du système de santé. Quel lien doit-il y avoir entre les valeurs du service public et le statut des établissements ?

Quelles solutions reste-t'il pour réformer le système de santé en France ?

Quelles solutions reste-t'il pour réformer le système de santé en France ?

Intervention articulée autour de trois questions :

- L'évolution mondiale de la médecine
- Les spécificités françaises
- Que peut-on faire ?

L'évolution mondiale de la médecine :

L'abondance des savoirs (700.000 publications par an)

Cette abondance a des conséquences qui s'enchaînent :

- ***L'accroissement de la division du travail.*** Le nombre des spécialités au sein des professions médicales est passé de 57 à 220 (American medicine association - AMA). Les autres professions de santé comptent 200 spécialités.
- ***L'hyperspécialisation*** renforce la nécessité d'une concentration des activités médicales avec, notamment, la fermeture des services de chirurgie dans les hôpitaux de taille moyenne.
- Elle accroît les problèmes d'accès aux soins. La proximité est incompatible avec la qualité de la prise en charge et recèle ainsi de réels dangers.
- Elle renforce la nécessité de la coordination peut reposer sur la conjonction de deux systèmes : la prise en charge par des réseaux de santé et la rémunération à la capitation. L'abondance des savoir pose par ailleurs la question de l'accès à la connaissance qui pourrait trouver une réponse à travers l'IA, mais selon des modalités qui restent à définir.

La médecine est victime de son succès

Vieillesse de la population

Traitements coûteux

Les spécificités françaises

La pyramide des âges

Deux seuils d'âge importants :

- Celui des 70 ans avec la multiplication du recours à une médecine spécialisée et des maladies chroniques
- Celui des 85 ans : dépendance

Sur ce 2^e seuil l'impact du baby-boom ne commencera réellement à se faire sentir qu'à partir de 2030.

Les professions de santé

Un problème démographique

32 médecins pour 10000 habitants en France, 43 en moyenne dans les pays voisins, 100 000 ont plus de 54 ans.

Besoin : Former 16000 médecins par an pour atteindre l'actuel chiffre européen en 2050.

L'évolution des rôles respectifs des médecins et des autres professions de santé dans l'organisation du parcours de soins.

La grande hétérogénéité de l'offre de soins

- Échec de la planification hospitalières (écarts de 1 à 3 entre les régions)
- *Niveau élevé des dépenses de santé avec des résultats moins bons que dans les pays voisins comme l'Espagne et l'Italie dont les dépenses sont moins importantes.*

Que peut-on faire ?

- Offrir à tous nos concitoyens des soins spécialisés de première ligne (Maisons médicales, voire consultations hospitalières), il ne s'agit pas d'hospitalisation. Utiliser en la matière les téléconsultations.
- Fermeture des services de chirurgie et d'obstétriques qui ne permettent pas d'avoir des chirurgiens spécialisés (plus de 300 établissements).
- Modification du statut des hôpitaux publics pour devenir des ESPIC proches des CLCC.
- Fin du titre IV, nomination locale des PH, un vrai conseil d'administration qui nomme le directeur, le médecin chef, voire l'infirmière générale, une liberté de s'organiser.
- En ville : capitation et analyse permanente et contradictoire des nomenclatures d'actes
- 4000 IPA par an.
- **Une relation contractuelle avec les ARS qui part de l'analyse de l'offre.**
- En effet avec SNIRAM et PMSI on peut connaître précisément le parcours de soins des patients en cardio pneumo, cancéro, diabéto, insuffisance rénale et voir grâce à l'IA s'il s'écarte des recommandations de la HAS. Ce qui est malheureusement le cas.
- On peut donc définir des politiques à un an, trois, ans, cinq ans pour améliorer la prise en charge.

Déclarer en une fois l'ensemble de ces politiques et les mettre en œuvre en n'oubliant pas le volet formation : moins de juristes, plus de médecins, de méthodologistes, de prospectivistes et bien entendu de soignants !

Discussion

Outre les points soulignés par JdK, il faut poser la question de la pertinence des actes

Questions sur la réforme : le bilan des nombreuses réformes du système de santé met en évidence la nécessité d'une réforme plus globale.

Comment gérer cette réforme ? Faut-il faire un bigbang ?

La réforme de 1958 a été préparée par un homme seul qui s'est appuyé sur quelques spécialistes, sans qu'il y ait eu de débat démocratique.

Est enfin soulevé le problème de la formation des professionnels de santé.

Xavier BERTRAND

Pour faire face à la crise du système de santé, faut-il confier aux Régions de nouvelles responsabilités ?

Le rapport d'Éric Worth sur la décentralisation a ignoré la question de la santé.

La question de la gouvernance territoriale est fondamentale. Or on constate une multiplication des échelles territoriales.

La transformation de cette gouvernance ne peut pas se faire partiellement sauf à être génératrice de déséquilibres.

Une décentralisation ne peut pas être seulement un transfert de pouvoir mais elle doit être aussi un moyen d'allègement de la bureaucratie.

Un substitut à la décentralisation pourrait être un État local qui agit différemment dans une démarche de déconcentration, accompagné d'un renforcement d'un État stratège.

Il faudrait également revoir les ARS qui manquent d'autonomie. Il faut également qu'elles évoluent dans le sens de la départementalisation. Se pose par ailleurs la question des territoires de santé, avec la multiplication des échelles territoriales pour les activités hospitalières comme pour l'organisation des parcours de soins, avec sous-jacente la question de l'organisation de la médecine spécialisée.

Il serait nécessaire de donner un rôle important au représentant de l'Etat investi d'un rôle d'animateur.

Faut-il définir des ORDAM ? Ce pourrait être pertinent s'ils permettent une flexibilité locale dans la cadre de contrats d'objectifs et de moyens dans la discussion desquels seraient impliquées les collectivités décentralisées.

Un bigbang apparaît nécessaire afin de permettre une réforme en profondeur qui prenne en compte la nécessité d'un engagement des élus locaux.

Le vrai sujet est le parcours du patient. Il devrait y avoir de vraies discussions.

Discussion

Il existe un manque d'anticipation : la France manque de futurologues.

Le pays manque de réactivité et a des difficultés à prendre en compte la complexité du système de santé, la multiplicité des acteurs et la diversité des situations locales (grandes villes - villes moyennes – milieu rural).

L'accroissement prévisible du poids des médicaments dans les dépenses de santé (moins de 10% aujourd'hui, 20% en 2030).

Xavier Bertrand suggère que la salle se prononce à main levée sur un choix entre décentralisation, déconcentration et maintien du dispositif actuel. La salle se prononce très majoritairement en faveur de la décentralisation.

Docteur Maxime RAUX

Les ESPIC sont-ils mieux armés que les EPS pour dynamiser le management hospitalier

Il y a une différence fondamentale entre les deux types d'établissements : les ESPIC peuvent disparaître à la suite de déséquilibres économiques à l'exemple des risques que court l'hôpital mutualiste Montsouris. Cette situation est très responsabilisante et rend nécessaire d'anticiper.

Une autre différence est que le lieu de décision – le conseil d'administration – est proche dans les ESPIC, alors qu'il est lointain concernant les EPS. C'est vrai en particulier pour la gestion des médecins des EPS qui relève du niveau national. Le CA est facilement accessible et il est possible d'avoir rapidement des réponses aux préoccupations internes.

Les ESPIC ont une liberté de nomination des directeurs et une liberté de gestion des carrières. Ils ont de leviers managériaux dont ne disposent pas les EPS.

Discussion

Le modèle ESPIC provoque dans le monde de l'hospitalisation publique des blocages idéologiques susceptibles de provoquer une levée de bouclier dans l'éventualité de son application aux EPS.

Certains leviers managériaux dont disposent les ESPIC font défaut aux EPS dont il faut repenser le modèle. Se pose en particulier la question de l'intérêt à agir des personnels, en particulier des directeurs et des personnels médicaux des EPS.

Concernant les directeurs beaucoup craignent les conséquences sur leur carrière de décisions susceptibles de faire des vagues au sein comme dans l'environnement de leur établissement, ce qui pose la question de l'intérêt à agir et de la volonté des directeurs des hôpitaux publics dans la conduite des réformes.

Un des intérêts majeurs du statut des ESPIC est la proximité et la réactivité du management – Conseil d'administration et direction – grâce à un circuit court dans la prise de décision.

Les ESPIC bénéficient également d'une plus grande clarté dans la définition et l'exercice des responsabilités.

La nécessité de développer la confiance entre les acteurs a également été soulignée.

Cependant, quelles que soient les souplesses dont bénéficient les ESPIC dans leur gestion, on ne peut pas ignorer les contraintes qui sont les leurs, en particulier celles qui résultent de l'application des conventions collectives.

TABLE RONDE

Quelles réformes seraient utiles ? Lesquelles sont possibles ? La vision des acteurs

Participants : François BRAUN – Sophie BEAUPÈRE – Marie-Sophie DESAULLE – Lamine GHARBI – Olivier MARIOTTE – Claude EVIN

François BRAUN souligne le fait que l'intérêt des pouvoirs publics se porte plus sur les outils que sur les objectifs. Il cite à cet égard la question de la réhabilitation dont l'impact économique est peu évalué.

Dans la définition et la conduite de la politique de santé, il souligne l'intérêt qu'il y aurait à s'inspirer de la démarche des militaires en trois temps : doctrine – stratégie – tactique.

Concernant la doctrine, il pourrait s'agir de définir les priorités de la santé publique dans une perspective de 5 à 10 ans.

La stratégie pourrait être la définition des principes ces priorités devraient s'appliquer aux territoires.

Il insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à s'intéresser aux principes qui président à l'organisation de l'offre de soins et à la manière dont se fait la réponse aux besoins de la population.

La tactique reposerait sur la confiance accordée aux acteurs.

Il lui paraît plus important de s'intéresser à la territorialisation plutôt qu'à la seule régionalisation. Dans ce cadre il serait nécessaire de mieux positionner le rôle des différents acteurs.

Il souligne le fait que la politique de santé a besoin d'une temporalité qui n'est pas celle de l'action politique.

Olivier MARIOTTE met l'accent sur la nécessité d'inverser la pyramide selon laquelle est conçue et mise en œuvre la politique de santé, avec comme point de départ les besoins des patients. Il faudrait aussi libérer la parole des soignants et des aides à domicile.

Il juge que le pilotage devrait se faire en partant du terrain et qu'il faudrait faire confiance dans les communautés d'acteurs et s'appuyer sur les compétences à tous les niveaux.

Il regrette que dans le panel des personnes invitées à s'exprimer dans la table ronde ne figure pas un représentant des associations de patients. Il constate que parmi l'ensemble des personnes qui se sont exprimées dans ce colloque, il a fallu attendre la table ronde pour que l'expression ne soit pas exclusivement masculine.

Marie-Sophie DESAULLE se prononce contre les expérimentations et n'est pas non plus favorable aux « droits d'option » à l'exemple de la liberté d'organisation accordée aux EPS par la loi hospitalière de 1991 dont il a été fait très peu usage.

Elle juge qu'il faut sortir de la question des statuts d'établissements et qu'il faut sortir de la logique de l'offre de soins pour adopter une logique de territoires en définissant à cette échelle l'exercice d'une responsabilité populationnelle dans la réponse aux besoins de la population et le respect de trois principes : souplesse – simplification – confiance.

Concernant l'ONDAM elle plaide pour la suppression des sous ONDAM thématique et leur remplacement par des ONDAM territoriaux, l'échelon régional lui apparaissant adéquat.

Elle s'interroge enfin sur l'alternative décentralisation – déconcentration.

Sophie BEAUPÈRE après avoir rappelé les éléments clés du statut des CLCC. Elle insiste sur l'importance du duo composé d'un directeur général, médecin hospitalo-universitaire et d'un directeur administratif.

Elle fait état de l'intérêt que présente le fait que le directeur général soit une personnalité reconnue dans le monde médical, ce qui lui donne une légitimité incontestable, tant dans le management médical du centre, que dans sa représentation extérieure.

Elle présente la procédure de choix du directeur général. Elle est de nature de produire un consensus entre les différentes parties-prenantes.

Elle précise qu'UNICANCER s'est doté d'un plan stratégique à 10 ans.

Lamine GHARBI souhaite qu'il existe une autorité qui définisse clairement les règles du jeu dans le fonctionnement de l'hospitalisation privée. Ces règles du jeu devraient permettre d'innover.

Il insiste sur l'intérêt qu'aurait pour l'hospitalisation privée une gestion par la qualité, avec une différenciation des tarifs.

Il s'interroge sur la gestion des dotations populationnelles pour la psychiatrie et les SMR.

Claude EVIN invité à faire une synthèse des présentations et discussions s'interroge en premier lieu sur la perspective d'un « bigbang » (ou d'un « grand soir »). Il précise que les réformes ne concernant pas seulement l'hôpital mais aussi l'ambulatoire et le médico-social.

Il juge qu'il faudrait que la démarche ait un caractère pragmatique, qu'elle vise à donner du sens à ce que l'on veut. Il appuie ce qui a été dit concernant le point de départ de la démarche qui doit être les besoins de la population.

Il rappelle que l'objectif que doit poursuivre un système de santé est « *l'accès à des soins adéquats donnés au bon moment* ».

Il s'interroge sur la question des territoires qui sont de taille et de nature différentes : régions, départements, GHT, intercommunalités, bassins de vie ... et posent, chacun, des questions relatives à la participation des élus, des professionnels, des patients ... et posent, chacun, un problème de responsabilité du pilotage.

Il pose aussi le problème sémantique posé par l'expression « service public » ou celle « d'intérêt général » qui peuvent désigner un statut, des missions, des obligations.

Ce qui lui paraît important c'est que, quel que soit le statut, l'ensemble des structures participent à un même objectif qui est la prise en charge des besoins de la population.

Il serait favorable au transfert à l'échelon régional de la contractualisation avec les professionnels libéraux.

Il pense enfin que serait souhaitable la fusion des établissements d'un même GHT.

CONCLUSION

Alain MILON

M Milon se félicite du succès de ce colloque, tant pour ce qui concerne le nombre et la diversité des participants que par la richesse des exposés et des échanges. Il y voit une preuve qu'il y a un besoin et une demande de réformes parce que le système actuel est à bout de souffle.

Il rappelle que l'ambition de Jenner est d'alimenter le débat et la réflexion en vue des prochaines échéances électorales, sans parti pris idéologique.

Il retient de cet après-midi que Jenner a besoin du soutien et des idées de celles et ceux qui ont participé à ce colloque et les engage à adhérer à l'association.

Il précise qu'il y aura une suite, sous forme de petits séminaires et de colloques et que les questions susceptibles d'être abordées sont nombreuses. En particulier, il peut y avoir la réforme indispensable du financement de notre système de protection sociale.

Il remercie toutes celles et tous ceux qui ont contribué au succès du colloque : les conférenciers, les animateurs et les organisateurs (la BFM, le CNEH et les Alumni et Amis de l'AP-HP).