Jeux de rôle

Les intervenants

G Larcher

Le politique expérimenté rappelle les principes
« républicains » intangibles :

- L'égalité d'accès aux soins ;
- Le maintien d'un service public de santé garant de la solidarité nationale.

Pour cela il est nécessaire de conserver un État garant de la stratégie, de la solidarité et de l'égalité, une autonomie des régions responsables de l'organisation du système en collaboration avec des départements chargés de la proximité.

Alain Million

Les déficits chroniques de la Sécurité sociale et de l'Assurance maladie menacent à terme la pérennité du modèle français et l'égalité d'accès aux soins.

Une solution véritable serait la **décentralisation du pilotage de la santé**, fondée sur la confiance accordée aux territoires et sur la responsabilisation des élus locaux.

A titre personnel je serai prudent avant d'avancer « que la décentralisation du pilotage de santé pourrait être à même de résorber les déficits chroniques de l'assurance maladie ».

Dominique Maigne

La décentralisation de la santé est possible juridiquement, pertinente sur le plan organisationnel et potentiellement bénéfique pour l'accès aux soins, mais elle représente une transformation institutionnelle majeure.

Ne pas remplacer une bureaucratie nationale par une bureaucratie territoriale ou comment ne pas rajouter de couches au mille-feuille. Il faudra aussi dire celles qu'il faut supprimer à tous les échelons du national au territorial.

Philippe Burnel

La France présente : moins de médecins. La densité médicale est inférieure à celle de nombreux pays européens.
La situation des effectifs infirmiers intermédiaires est meilleure que pour les médecins mais reste en retrait par rapport à plusieurs pays d'Europe du Nord.
À l'inverse, la France possède un nombre de lits hospitaliers relativement élevé.
Le 3ème constat pourrait-il être une conséquence des deux premiers ?

Pour Philippe BURNEL, cela révèle un niveau d'inégalités sociales de santé plus important que dans plusieurs pays européens **(pour quelles raisons ?).**
Cependant peu d'hospitalisations évitables ;
Une prise en charge globalement efficace des maladies chroniques **(mais il existe une grande hétérogénéité territoriale liée aux problèmes d'accessibilité)**
Remarque : tous les pays européens qui affichent de bonnes performances (**médicales ou économiques ? les deux ?)** sont des systèmes de santé fortement ou partiellement décentralisés.

Gérard Vincent

Crise structurelle **(bien d'accord le système de santé actuel est depuis trop longtemps décorrélé des réalités sanitaires)**

1. des petites maternités ou services de chirurgie dont l'activité est insuffisante ou dont la sécurité peut être discutée **(mais trop souvent il n'y a pas de proposition d'organisation subsidiaire, idem pour beaucoup de services publics ce qui crée dans les petites villes ou même les villes de taille moyenne un sentiment de déclassement , de discrimination pour des habitants qui n'ont le sentiment d'égalité que devant l'impôt)** mais que les élus refusent de fermer pour éviter un coût politique local **(et surtout coût socio-économique l'Hôpital étant souvent le plus gros employeur avec tous les effets indirects sur les autres services publics, les emplois**

locaux, l'attractivité de la ville) car il n'y a aucune mesure d'accopagnement.
2. un système central où l'État décide parfois de maintenir ou rouvrir des structures peu pertinentes sans en assumer directement les conséquences (**la question de la pertinence, à ce que j'ai pu en juger par mon expérience, n'est pas la même à Paris, à la région, au département ou pour la population concernée par l'établissement menacé ; la COVID a bousculé pas mal d'idées reçues notamment pour les services de réanimation…)**

Je vous rejoins totalement sur le levier majeur de la pertinence des soins :
évaluer les pratiques
réduire les actes inutiles ;
réinvestir les économies dans **la prévention**.

Prévention parent pauvre :
Médecine scolaire
Médecine du travail
Pédo-psychiatrie

La pertinence des soins ne pourra pas être mis au centre des débats sans une redéfinition de la tarification des actes et le mode de rémunération des professionnels.

Affaiblissement de l'autorité managériale ;
Difficulté à faire rendre des comptes ;
Rigidités statutaires ;
Perte d'efficacité organisationnelle.
Toutes les activités professionnelles sont impactées par des mutations sociétales fondamentales (rapport à l'autorité, au travail, conflits intergénérationnels) et confrontées à des rigidités statutaires et organisationnelles. Le monde de la santé

Gérard Vincent reconnaît qu'une réforme de cette ampleur comporte des risques **(le passage en force est, à mon sens, voué à l'échec de par les forces de résistance au changement).** Il propose donc :
de commencer dans quelques régions volontaires **(avec des incitations conséquentes)**
d'évaluer les résultats (**indicateurs ?)**
d'envisager ensuite une généralisation **(plutôt step by step en essaimant par pur intérêt ou pour ne pas se faire distancer par les autres régions)**
Cette démarche expérimentale est présentée comme la plus réaliste politiquement. **(oh que oui ! mais elle doit être extrêmement ciblée pour réussir car comme disait ma grand-mère « on ne fait pas**

avec des ânes bâtés des chevaux de course ». Je crois comme elle plus en la qualité des hommes qu'en celle des structures)

Alain Rousset :

Constat lucide de l'homme de terrain pragmatique :
les décisions sont trop éloignées du terrain ;
les procédures sont excessivement longues ;
la superposition des acteurs administratifs ralentit toute action ;
le poids bureaucratique renchérit le coût du système.
Pas de hasard: les pays les plus décentralisés obtiennent souvent de meilleurs résultats sanitaires, éducatifs et économiques.
Je retiendrai deux idée forces de son intervention :
-Les professionnels de santé s'installent plus facilement là où ils ont été formés. La réponse aux déserts médicaux doit donc passer aussi par une territorialisation des formations.

-Aucune responsabilité nouvelle sans garantie durable des ressources financières.

Alain Gouet :

Un changement de mentalité lui semble possible parce que par défaut les départements se sont saisis des problèmes **(mais pas tous car c'est très « élu dépendant »**) confrontés quotidiennement aux attentes de la population **(C'est le fameux « à portée de baffes ») .**
On ne peut négliger l'échelon départementale dont on a pu constater la formidable avancé qu'a constitué la mise en place des MDPH.
Le projet des « guichets uniques santé » peut en être un ambitieux prolongement.

La difficulté ne réside pas dans le pourquoi mais surtout dans le comment.

La région est le niveau de pilotage stratégique et de coordination du système de santé. Le département est le niveau de proximité chargé de mettre en œuvre ou d'accompagner les politiques de prévention, de médico-social, d'autonomie et d'accès aux soins.

La solidarité financière et les règles de financement restent nationales, mais les régions disposent d'enveloppes identifiées, d'une capacité d'arbitrage et d'une responsabilité sur leurs résultats.

Les tarifs et remboursements demeurent nationaux. Une modulation territoriale peut être expérimentée pour l'attractivité, certaines spécialités en tension et la réduction des inégalités territoriales, sous contrôle national.

Les ARS ne seraient pas supprimées ; elles pourraient être transformées en services régionaux de santé, placés sous l'autorité fonctionnelle des régions tout en conservant leurs missions régaliennes et leur articulation avec le ministère. **L'objectif est une décentralisation réelle, mais sa mise en œuvre doit être progressive, expérimentale et évaluée.**

En résumé colloque d'une grande richesse avec des intervenants venant d'horizons divers mais très complémentaires. Il manquait peut-être la présence de l'Assurance Maladie et de responsables médicaux orientés santé publique. On peut le regretter comme Dominique Maigne : « On devrait regarder ce qui se passe dans nombre de pays proches du nôtre, où cohabitent dans les postes de directeur général, des professionnels de la gestion aux côtés de médecins, soignants ou ingénieurs »
Il y a en effet peu de difficultés pour des pasteurs à convaincre un parterre de fidèles. Il faudra beaucoup de pédagogie et de solides arguments pour convaincre ou pour contourner les plus réticents voire les plus hostiles, à chaque échelon du projet, national, régional, départemental voire locale (l'assurance maladie et ses prérogatives ? les élus dont la vision n'excède pas plus loin que le bout de leur mandats? les médecins libéraux ,PME à eux seuls ? les médecins hospitaliers et les directeurs d'établissement soucieux de leurs prérogatives et trop souvent corporatistes ou carriéristes ? les lobbies pharmaceutiques et les groupes financiers dont la cupidité a peu de limites ?)).
« Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre….».

JPB