# La gouvernance du système de santé

## Synthèse de conférence

Université Paris Dauphine-PSL, 02 décembre 2021

DE BATE

Dauphine | PSL

CHAIRE GOUVERNANCE
ET RÉGULATION

Synthèse n°68

Université Paris Dauphine-PSL, 02 décembre 2021

# La gouvernance du système de santé

---

## Intervenants

**Stéphanie Decoopman | Directrice générale adjointe par intérim, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris**

**Aurélien Rousseau | Maître des requêtes au Conseil d'État - Ancien Directeur général, Agence Régionale de Santé, Île-de-France**

**Séverine Salgado | Directrice générale, Mutualité française**

**Modérateur**

**Karim Hatem | Senior Partner, Ylios**

# Sommaire

Introduction.....5

**Karim Hatem** | *Senior Partner,* **Ylios** .....7

**Séverine Salgado** | *Directrice générale,* **Mutualité française**.....8

**Aurélien Rousseau** | *Maître des requêtes au Conseil d'État - Ancien Directeur général,* **ARS Île-de-Frace**.....10

**Stéphanie Decoopman** | *Directrice générale adjointe par intérim,* **APHP**.....12

Echange avec l'auditoire.....14

# Introduction



## Karim Hatem | Senior Partner, Ylios

Le système de santé pèse pour 12,4 % du PIB. En 2020, la dépense courante de santé accusait une augmentation de 4,6 % par rapport à 2019, pour s'établir à 284,6 milliards d'euros. Qui plus est, avec 3 000 hôpitaux et cliniques dépendant de trois statuts différents, 8 000 Ehpad, 290 000 médecins libéraux, 600 000 infirmières libérales et 439 entités exerçant une activité de complémentaire santé, l'organisation et la gouvernance de ce secteur sont d'une très grande complexité.

Sa gouvernance pose des questions d'articulation tant sur le plan transversal – entre les composantes du système de santé elles-mêmes (offre de soins, financeurs publics et privés, industriels, représentants des patients et prestataires de services) que sur le plan vertical, entre les différents niveaux géographiques et les acteurs de la production de soins.

À la lumière de la crise sanitaire, il nous semble opportun de nous poser les questions suivantes : quelles sont les forces et les faiblesses de cette gouvernance ? Quels objectifs concrets pourrait-on fixer pour l'améliorer ? Comment la gouvernance du système de santé devrait-elle évoluer, tant horizontalement que verticalement ? Quels seraient les moteurs et les leviers de cette évolution, mais aussi les principaux freins à lever ?

# Le point de vue des organismes complémentaires de santé

**Séverine Salgado | Directrice générale, Mutualité française**

Les dysfonctionnements dans l'organisation du système de santé, cloisonné et hospitalo-centré, sont pointés de longue date. Bien que la France figure parmi les pays qui y consacrent la plus forte part de PIB, les performances ne sont pas à la hauteur : des gisements d'efficience sont à coup sûr à rechercher dans sa gouvernance comme dans ses modalités d'organisation et de financement.

## La prévention

Alors même qu'elle est au cœur des préoccupations des stratégies nationales de santé de tous les gouvernements successifs, la prévention reste le parent pauvre de notre système santé. De fait, celui-ci est largement organisé autour du soin et du traitement. Pourtant, lorsqu'une action de prévention est bien menée, elle est efficace. En témoigne la baisse continue de l'indice carieux chez les enfants depuis le lancement du programme « M'T dents », par exemple. Il est également avéré qu'un euro dépensé en amont pour une consultation psychologique permet d'éviter deux euros de dépense en médicaments et en hospitalisation.

La prévention constitue donc un gisement d'efficience non négligeable. Toutefois, son modèle économique est très complexe, ne serait-ce que parce qu'il est difficile de suivre l'efficacité d'une action de prévention sur l'état de santé, lequel est toujours multifactoriel. Cela étant, cet écueil sera de moins en moins acceptable, avec la mise en place du Health Data Hub chargé d'apparier les données de l'Assurance maladie et de nombreuses autres, issues de l'ensemble du parcours de santé des patients et de toute la chaîne de remboursement.

## L'organisation des soins

L'objectif de la création des ARS était d'avoir une vision globale du champ sanitaire, social et médico-social dans un territoire. Mais, du fait de leur jeunesse et du manque d'organisation du premier recours, cet objectif n'est pas encore clairement atteint.

Le plan « Ma santé 2022 » porte de grandes ambitions, la première d'entre elles consistant à structurer le premier recours pour soulager l'hôpital. Les initiatives sont très nombreuses sur le terrain. Ainsi, le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) est en constante augmentation. C'est un signal positif très fort : le premier recours ne se réorganisera qu'autour de l'exercice regroupé et coordonné des professionnels de santé. Des prérequis sont toutefois indispensables pour optimiser les ressources médicales et paramédicales : le partage d'informations médicales entre professionnels, la délégation de compétences, la confirmation de la notion de « parcours de soins coordonné » tout en réinterrogeant son point d'entrée – plutôt que le médecin traitant, peut-être faudrait-il retenir l'équipe de soins.

Une autre ambition était la création de 1 000 CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) à l'horizon 2022. Là encore, l'objectif est loin d'être atteint. Sans doute en partie du fait d'un défaut originel : toutes les négociations se sont faites avec l'Assurance maladie et des syndicats de professionnels de santé libéraux. En oubliant les autres acteurs, notamment privés, non lucratifs, associatifs ou mutualistes, on se prive de nombreuses ressources dans les territoires. Qui plus est, une CPTS n'est pas une structure de soins mais de coordination – laquelle pourrait être internalisée au sein des MSP.

## Le financement du système de santé

La solvabilisation des dépenses par l'Assurance maladie et les mutuelles pose une question fondamentale : veut-on un payeur unique (pour quel panier de soins, le cas échéant – sans doute limité et peu évolutif, ce qui conduirait à recréer une assurance privée plus injuste puisqu'elle ne serait plus régulée) ou deux payeurs ? Certes, les frais de gouvernance du système de santé français sont les plus élevés au monde après ceux des États-Unis. Mais ce système de santé permet de concilier un haut degré de solidarité, avec la Sécurité sociale, et un degré de liberté, d'évolutivité et d'innovation apporté par la concurrence des organismes complémentaires.

En somme, il est plus que temps de repenser un système issu d'un compromis historique, en posant la question du modèle social recherché. Ce n'est pas un rapport du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) qui y répondra, mais une réflexion globale impliquant toutes les parties prenantes, par exemple dans le cadre d'États généraux de la protection sociale.

# Le point de vue d'une ARS

## Aurélien Rousseau | Maître des requêtes au Conseil d'État - Ancien Directeur général, ARS Île-de-France

### Attention aux idées reçues…

La complexité du système et la multiplicité des acteurs pourraient être mises en avant dans nombre de secteurs, en France ! En outre, il convient de se méfier du péché d'anachronisme : toutes les institutions régulièrement critiquées – HAS, ANSM, ARS, etc. – sont nées d'une crise ou d'un scandale sanitaire dans les années 1980-90. Il s'agissait, à chaque fois, de créer des institutions sur-mesure dont l'impartialité et l'indépendance seraient garanties. La complexité ne doit certes pas être niée, mais les sujets traités, les parcours de soins et les systèmes d'information sont eux-mêmes complexes.

Je ne crois pas au fantasme du jardin à la française. Mais j'identifie deux impératifs majeurs : s'assurer que la complexité ne se retourne pas in fine vers l'usager ; vérifier que les « synapses » fonctionnent, c'est-à-dire que tous les acteurs soient bien embarqués et jouent pleinement leur rôle. Telle est précisément la mission des autorités sanitaires régulatrices ou de tutelle.

Par ailleurs, le législateur vote tous les ans un Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie). En 2009-2010, il s'est également doté d'outils de régulation de ces dépenses : les ARS. Or depuis, exception faite de la crise sanitaire, l'Ondam hospitalier a systématiquement été tenu. La mission d'efficience confiée aux ARS par le législateur a été remplie. De surcroît, avant la crise, cette logique de régulation des dépenses d'hôpital était allée à son terme et la Sécurité sociale était revenue quasiment à l'équilibre – car il est plus difficile d'assurer la maîtrise des dépenses de ville. Il est donc un peu facile d'affirmer que les ARS ne remplissent pas leur mission !

Enfin, si les pouvoirs du directeur général d'une ARS peuvent sembler exorbitants, force est de constater que cette approche globale fait sens et va dans le sens de la simplification. L'exemple de la crise du Covid en témoigne. À la fin mars 2020, alors que la pandémie flambait dans les Ehpad, il a fallu envoyer des équipes des filières gériatriques des hôpitaux en appui de ces établissements : si l'ARS n'exerçait pas simultanément deux tutelles, ce mouvement n'aurait pas eu lieu.

En tout état de cause, il n'existe pas de main invisible ! Il n'y a pas d'un côté les initiatives locales et l'héroïsme des soignants et, de l'autre, la folie des bureaucrates. Durant la crise, les barrières sont tombées. C'est cette levée en masse qui a permis de passer de 1 160 à près de 3 000 lits de réanimation en Île-de-France, ou de créer en quelques jours l'application Renforts-Covid qui a permis d'apparier 28 000 personnes.

### Quelles leçons tirer de la crise du Covid ?

Bien sûr, il y a eu de nombreux ratés. De soi-disant bonnes idées se sont avérées mauvaises. De l'argent a été dépensé à tort. Mais face à l'incertitude, on ne peut pas simultanément demander aux opérateurs de prendre des risques et considérer que l'échec est synonyme d'erreur voire de faute. À titre personnel, j'ai déjà eu à témoigner durant 45 heures devant la Cour de justice de la République, je suis visé par 17 plaintes et j'aurai à rendre compte de ma gestion durant des années. J'admets donc mal le reproche selon lequel j'aurais dû être plus agile et prendre davantage de risques !

La crise a aussi et surtout constitué un formidable accélérateur. Jamais des données n'avaient été si rapidement collectées en vue de déployer des politiques publiques, par exemple. Ces données sont transparentes et en open access. Grâce à elles, il ne sera plus possible de dire que l'on sait mesurer que le bien-être et la santé d'une population sont aux trois quarts déterminés par des éléments extérieurs aux soins stricto sensu, mais pas évaluer l'impact direct d'un euro dépensé pour la prévention…

Par ailleurs, les personnes décédées le sont d'avoir été pauvres. Les lits de réanimation existaient, mais de nombreuses personnes sont mortes avant même de les atteindre. La crise a tranché le débat et il est désormais avéré que la surmortalité se superpose strictement à la carte des inégalités sociales. Il y a eu 400 % de surmortalité en Seine-Saint-Denis, le département le plus jeune de France. C'est effrayant ! En revanche, au sein des hôpitaux de ce département, le taux de mortalité en réanimation était le même qu'ailleurs. Encore une fois, les personnes sont mortes avant d'arriver aux urgences.

La crise a également permis de faire un saut qualitatif inouï, ne serait-ce que dans les dispositifs « Aller vers » et la vaccination.

## La santé publique, une question politique

Il est indispensable que la question de la santé publique redevienne politique. Malheureusement, force est de constater qu'on n'en prend pas vraiment le chemin. Pour citer cet exemple, j'ai décidé de sur-doter en vaccins les départements les plus touchés – la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise –, car j'étais convaincu que les difficultés d'accès à ces dispositifs conduiraient les habitants des autres départements d'Île-de-France à s'y rendre. Mais la présidente de l'association des maires des Hauts-de-Seine a alors dénoncé un scandale d'inégalité territoriale ! Le sujet est politique, et désormais uniquement politique.

La prévention doit aussi être prise à bras-le-corps. De fait, la crise nous a aussi appris non pas qu'il faut des lits de réanimation, mais qu'il faut lutter contre l'obésité et le diabète.

Enfin, la crise a démontré que l'État doit être le garant des coalitions. Il lui revient de vérifier que les « synapses » du système de santé se construisent plus vite qu'elles ne se détruisent. Être le garant des coalitions, ce n'est pas déchoir ! De la même façon, les initiatives civiles (Covidliste, etc.) n'ont pas été un échec de l'État, mais une bonne nouvelle, preuve du bon fonctionnement de l'open data.

# Le point de vue de l'hôpital

## Stéphanie Decoopman | Directrice générale adjointe par intérim, APHP

Le microcosme de l'hôpital présente des éléments en miroir de la situation plus macro qui vient d'être évoquée.

## Éléments de définition

La gouvernance désigne l'ensemble des règles, des mesures et des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement d'un État, d'une institution ou d'une structure, avec pour objectifs de fournir une orientation stratégique, de gérer les risques et d'utiliser les ressources dans un esprit responsable. Elle a pour mission prioritaire de veiller au respect des ayants droit – citoyens, patients, partenaires, actionnaires… – et de faire que leur voix soit entendue dans la continuité des affaires.

Responsabilité, transparence, état de droit et participation : ces quatre principes font écho aux interventions précédentes, et résonnent très fort dans le fonctionnement d'un hôpital.

Ainsi, si on la pense souvent incarnée dans le binôme directeur/PCME (Président des Commissions Médicales d'Etablissement), la gouvernance est avant tout une vision et une « manière de ».

## La gouvernance dans un CHU

Au sein d'un CHU, l'objectif de la gouvernance est simple : viser l'excellence en matière de soins, de recherche et d'enseignement. Tout le challenge consiste à conjuguer ces trois missions, dont les exigences, les temporalités et les modalités sont très différentes.

L'hôpital est un univers de contraintes. Tout y est très défini et encadré – exercices professionnels, délégations de compétences…. Les tâches sont pré-formatées. Qui plus est, la maladie est aussi une contrainte pour les patients. L'enjeu de la gouvernance est de dépasser ces contraintes et d'éviter le clivage entre ceux qui l'incarnent et ceux qui la subissent. Aussi s'agit-il de créer de la responsabilité collective dans les décisions.

Par ailleurs, à l'instar de toutes les institutions de santé, un CHU est habité par des lignes hiérarchiques, intrinsèques dans le parcours des médecins. La gouvernance sert à courber ces lignes et à les faire se rejoindre – pour créer, organiser et garantir une vision commune et des coalitions.

De ce point de vue, au-delà du sonnant et trébuchant, l'envie et le sens dépendent aussi de la gouvernance dans une structure hospitalière. Or ce sont les principaux leviers de l'engagement et du dévouement des professionnels.

## Les enseignements de la crise sanitaire en matière de gouvernance

La crise Covid a agi comme un révélateur, en transperçant l'ensemble des organisations et en créant de la transversalité dans des délais très rapides, précisément pour créer de la coalition, dans le respect des quatre principes de la gouvernance – et ce, à tous les niveaux : responsabilité collective dans la prise en charge de la population, transparence des data, etc.

Plusieurs réflexions personnelles et générales :

La définition de la  gouvernance hospitalière est très intrusive : des circulaires définissent tout, pour tous les hôpitaux – sans s'attarder sur les objectifs et les missions mais en définissant, au siège près, qui doit être présent .  Certes, on peut se dire que  c'est le reflet de la confiance faite aux acteurs dans

leur capacité à s'organiser. Mais cet hyper encadrement est nécessairement contre-productif dès lors que les lignes hiérarchiques sont figées et qu'on oublie à quoi sert la gouvernance.

Il n'est pas possible de construire la responsabilité collective sans le faire ensemble. Pourtant, pour faire entrer les usagers dans les instances, par exemple, il a fallu attendre de longues années que les textes évoluent. Qui plus est, les « synapses » du système sont avant tout des rapports humains, qui ne se décrètent pas dans des textes.

Le modèle de la gouvernance à l'hôpital est aussi assez élitiste : 80 % des effectifs sont des paramédicaux, qui sont pourtant les grands absents de cette gouvernance.

De la même façon, la gouvernance du système de santé est nombriliste, tournée vers son fonctionnement interne et non vers son environnement. De surcroît, elle est macro-centrée. L'hôpital a pourtant besoin d'être micro-centré, pour recréer le contrat social à une petite échelle.

# Échanges

**Une participante**

Il faut souhaiter que cette crise soit un révélateur dans la durée. Elle a montré de façon conjoncturelle ce que les PASS (les permanences d'accès aux soins de santé), tentent de démontrer depuis des années : face aux situations imprévues et complexes, des structures collaboratives et pluri-professionnelles sont indispensables. Je vous invite donc à observer ce modèle et à le valoriser ! Car nous le savons tous, la valeur de l'évitement – des hospitalisations – est réelle.

**Aurélien Rousseau**

Les PASS ont bénéficié de ressources supplémentaires – conformément à une idée à laquelle je tiens : souvent, les dispositifs conçus à l'origine pour les plus fragiles sont des démonstrateurs de ce qui peut aussi être fait pour les autres. En l'occurrence, ces dispositifs sont un investissement dans la robustesse, la résilience et la prise en charge globale des personnes.

Par ailleurs, en France, l'analyse de l'efficacité micro-économique des mesures pose difficulté. Cette compétence très sensible est difficile à mobiliser, y compris dans l'appareil d'État.

**Un participant**

Les données produisent des statistiques. Elles ne peuvent pas prévoir des trajectoires. Quel est l'avenir de la data dans le système de santé ?

**Stéphanie Decoopman**

La data permet d'asseoir la décision sur autre chose que la conviction d'une compétence ou d'un acteur et de sa manière de s'exprimer. Elle oblige chacun à se positionner différemment, en plaçant tout le monde au même niveau d'information, en temps réel. Qui plus est, il a toujours été question de modélisation et non de prévision. De façon générale, les outils partagés ont permis d'effectuer des bonds en avant très significatifs.

**Aurélien Rousseau**

Le terme « données » est restrictif : il est désormais question de leur utilisation avec des algorithmes d'intelligence artificielle qui ne font pas uniquement de la synthèse, mais tentent de la prédictibilité. Dans une crise, tout ce qui peut réduire l'incertitude a une valeur immense, même si la vision ou la prédiction ne sont pas complètement exactes.
Dans ce domaine, la France tarde pourtant à réaliser à quel point l'État est assis sur un tas d'or !

La donnée n'est pas un supplément d'âme, mais un élément essentiel.

**Un participant**

Peut-on vraiment casser l'hospitalo-centrisme, alors qu'il s'agit d'un rapport de force ?

**Stéphanie Decoopman**

L'hospitalo-centrisme, c'est un cliché  qui m'agace – d'autant qu'il empêche de construire les coalitions nécessaires ! La plateforme Covidom, par exemple, a été construite par l'hôpital. Pour autant, cette organisation du parcours faite avec tous les acteurs  n'a rien d'hospitalo-centrée.

**De la salle**

Si ce même outil avait été créé par des libéraux, l'hôpital aurait-il accepté de l'intégrer à son système ?

**Stéphanie Decoopman**

Oui, puisqu'il y avait un besoin. Selon les situations, le bon acteur est l'hôpital ou la ville.

**Un participant**

Quelles peuvent être les conséquences du principe de précaution pour la gouvernance, l'agilité, la rapidité d'exécution et la qualité de production des process ? Quel rôle donner aux infirmiers, demain ? Le monde de demain sera-t-il celui d'hier ? Les coordinations vont-elles se figer à nouveau ?

**Aurélien Rousseau**

Dans le monde de demain, il conviendra de faire fructifier plusieurs sujets, parmi lesquels la transparence, y compris avec le privé, et la prise en compte de l'expérience des paramédicaux sur le terrain. Autant de sujets non pas technocratiques, mais politiques au sens noble du terme.

**Séverine Salgado**

Ce qui a été effectué en temps de crise par les différentes autorités, qui ont joué un rôle d'ensemblier sur le territoire, est formidable. Il revient maintenant au politique de s'en saisir, pour tirer les leçons de la crise et faire vivre cette dynamique.

De la même façon, faire de la prévention un objectif politique est incontournable. Plus globalement, les sujets de santé publique devraient être interministériels, donc relever du Premier ministre et non du ministère de la santé.

**Stéphanie Decoopman**

Nous mettons en place nos premiers protocoles de coopération entre médecins et infirmières, par exemple dans la prise en charge de l'épilepsie. C'est un vrai levier pour faire évoluer le rôle des uns et des autres. La notion de compétences en équipe est essentielle.

**Aurélien Rousseau**

Je crois fermement à ces protocoles de coopération, qui encadreront et valoriseront ce qui existe déjà dans les faits et place les paramédicaux dans l'insécurité juridique et sans reconnaissance financière. Ils revaloriseront l'exercice professionnel quotidien, de manière sonnante et trébuchante mais aussi sur le fond. À une condition, toutefois : que la notion de compétence managériale se substitue à la culture hiérarchique. Cela implique que la compétence managériale soit enfin considérée comme une compétence dure.

**Joëlle Toledano**

La création de l'Ondam était-elle vraiment une initiative parlementaire ?

**Aurélien Rousseau**

L'Ondam a été créé par ordonnance, et il est voté chaque année en PLFSS. C'est le Gouvernement qui arbitre, dans un rapport de force avec le Parlement.

**De la salle**

Quel est le rôle de la concurrence dans le système hospitalier ?

**Aurélien Rousseau**

La concurrence est très forte ! Les parts de marché sont d'ailleurs suivies poste par poste. Pour autant, si la concurrence est très présente, elle est indicible. Sans doute la crise aura-t-elle une incidence en la matière.

**Stéphanie Decoopman**

L'Ondam étant une enveloppe fermée, la concurrence concerne aussi sa répartition.

La principale difficulté vient du fait qu'il y a une concurrence, mais pas les mêmes règles – notamment pour les ressources humaines. Une régulation et une organisation sont nécessaires.

**Séverine Salgado**

Il faut s'assurer que la concurrence, qui peut être saine, ne soit pas déloyale du fait de l'hétérogénéité des statuts des établissements de santé.

**De la salle**

L'ensemble du secteur attend des règles de concurrence stables et claires, donc un cadre de régulation.

Le partage du pouvoir et la répartition des tâches à l'hôpital n'éloignent-il pas le secteur de son rôle : recruter, soigner et investir ?

**Stéphanie Decoopman**

Tous les actes de management ne peuvent pas être figés dans des textes. En légiférant sur le système, on l'entretient.

**Un participant**

Avant la crise, l'Ondam était loin d'être maîtrisé : quand bien même les comptes de l'Assurance maladie étaient tenus, 60 % des hôpitaux étaient en déficit, donc en situation de sous-investissement et de sous-rémunération des soignants. Comment voyez-vous l'évolution de l'industrie de la santé à dix ans, sans rationnel économique ? Quelle est la soutenabilité du secteur ?

**Stéphanie Decoopman**

Dans trente ans, en tout cas, l'hôpital sera un plateau technique avec de l'IA, de la prise en charge et des dispositifs « aller vers ». Il s'agit de faire évoluer le système en conséquence, depuis la prévention jusqu'à la réanimation.

**Séverine Salgado**

Nous avons la même vision pour l'Ephad : le déploiement de ressources sur le territoire.

**Stéphanie Decoopman**

Avec un financement qui n'est pas conçu comme tel…

**Aurélien Rousseau**

La fermeture d'hôpitaux ou de services liée au manque de médecins est une réalité, même si elle est indicible. Outre la réalité économique, le monde réel est aussi l'absence d'appropriation démocratique des enjeux de santé. Les arbitrages relèvent à la fois du rationnel économique et de l'irrationnel. Il est urgent de remettre du contrat démocratique dans les sujets de santé.

Par ailleurs, je considère que la reprise de la dette est une excellente mesure, très puissante.

**Éric Brousseau**

La complexité de la gouvernance du système de santé ne se comprend que si l'on admet que le système de santé relève plus du biologique que du mécanique !

Chaire Gouvernance et Régulation
Fondation Paris-Dauphine
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75016 Paris (France)
http://chairgovreg.fondation-dauphine.fr