

SAIDI Kader,
Co-fondateur de l'OPUSS-NC

CANTIN Jean-François
Président de l'OPUSS-NC



Nouméa le 07 Aout 2023,

Monsieur le Président du congrès de la Nouvelle-Calédonie,
Mesdames et messieurs les élus du congrès de la Nouvelle-Calédonie,

Copie : *Monsieur le Président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ; Monsieur le membre du gouvernement en charge de la santé et de la protection sociale ; Monsieur le Haut-commissaire ; Monsieur le Président du CA de la CAFAT ; Monsieur le Directeur de la CAFAT ; Monsieur le Président du CESE ; Monsieur le directeur de l'ASS-NC ; Madame la directrice de la DASS-NC ; Madame la Présidente du conseil d'administration du Medipole.*

Objet : demande d'audition, en séance plénière du congrès, dans le cadre de la réforme de la gouvernance du système de santé de la Nouvelle-Calédonie.

Monsieur le Président du Congrès de la Nouvelle-Calédonie,

Le 26 Juillet 2023, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a déposé au congrès un projet de délibération et de convention constitutive à un groupement d'intérêt public dénommé : « Agence de régulation en santé de la Nouvelle-Calédonie – ARS-NC ». Ce projet ambitionne de répondre à l'objectif central de mise en place d'une nouvelle gouvernance du système de santé conformément au plan de santé Do Kamo.

Les acteurs du système de santé représenté par l'OPUSS-NC (l'organisation des professionnels et des usagers du système de santé), défendent depuis le départ l'esprit du plan Do Kamo centré sur la prévention afin de renforcer le capital humain de nos concitoyens. Nous partageons également le diagnostic posé sur la crise de la gouvernance actuelle (cloisonnement, illisibilité, perte de confiance des acteurs et inefficience), ainsi que les orientations stratégiques du projet de délibération sur la refonte des missions de la DASS-NC et du maintien de l'Agence sanitaire et sociale recentrée sur sa raison d'être : la prévention.

Par contre, nous dénonçons le risque majeur encouru pour la Nouvelle-Calédonie en cas d'adoption du projet de création d'une Agence de régulation en santé dénommée ARS-NC.

Nous vous exposons brièvement dans cette note les critiques de ce projet, les similitudes frappantes empruntées aux politiques publiques métropolitaines et la proposition locale des acteurs de santé pour laquelle nous souhaitons, sans plus attendre, un débat au sein de votre assemblée.

Création d'une ARS-NC Raisons-Objectifs-Moyens-Critiques

- « Assoir la puissance publique »

Dès les premières lignes du projet de délibération, le principe fondateur est clairement posé : La nouvelle gouvernance doit centrer sa stratégie sur la régulation de l'offre de soin dans « une forme d'action administrative ». À aucun moment la nouvelle entité, colonne vertébrale du système, ne prévoit d'axer son action sur les besoins en santé des calédoniens. Au vu de la nouvelle répartition des missions entre les différents acteurs institutionnels, l'objectif poursuivi par le texte est principalement de priver la CAFAT, organisme de droit privé, à l'origine de la protection sociale en Nouvelle-Calédonie, de ses prérogatives essentielles. Le but : contractualiser directement avec les offreurs de soins et garantir ainsi la maîtrise des dépenses. Le responsable en chef de la crise est ainsi implicitement identifié : la CAFAT. Elle doit donc être la première préoccupation du législateur ; les boucs émissaires sont trouvés entre la caisse et les professionnels de santé ; les acteurs qui devraient être une partie de la solution deviennent ainsi le cœur du problème.

- « Garantir l'indépendance »

L'agence serait l'unique format capable de garantir « un mode d'intervention indépendant, entendu comme impartial ». La composition du CA de l'ARS-NC et les modalités de vote et de nomination du directeur ainsi que leurs membres sont prévues afin que le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie soit l'institution de tutelle de l'agence. La répartition des rôles entre la démocratie sociale (paritarisme), sanitaire (les acteurs), parlementaire (le congrès) et représentative (le gouvernement à travers la future ARS-NC) est volontairement floue pour laisser la main au gouvernement. Ne pas être juge et partie dans le champ du sanitaire et social est toujours un exercice d'équilibriste. Le texte propose de rompre définitivement cet équilibre au profit de l'exécutif. Notre approche est sensiblement différente, car nous défendons le principe d'efficacité et de partage des pouvoirs où chaque forme démocratique devrait jouer un rôle bien défini. Le congrès et le gouvernement devraient déterminer la stratégie, fixer les règles cardinales et déléguer à la démocratie sociale et sanitaire, en responsabilité selon l'expression favorite des représentants de la démocratie représentative, l'exécution de cette stratégie à travers un projet opérationnel.

- « Promouvoir une approche technocratique »

Si le RUAMM est en déficit : ce serait en partie lié à un manque de compétence locale. En effet le texte stipule que « la régulation nécessite une totale objectivité et un certain niveau de technicité pour en assurer la maîtrise ». Ce n'est pas tant le niveau de technicité qui fait défaut, mais plutôt l'imbroglio institutionnel et l'enchevêtrement des compétences. Nous n'avons donc pas exploité le potentiel de nos compétences locales eu égard aux multiples freins réglementaires et à la dispersion de la décision dans la gouvernance actuelle. Toute initiative entreprise pour améliorer les soins est confrontée à un parcours complexe et chronophage. Aujourd'hui, l'innovation organisationnelle indispensable à l'efficacité est effectivement empêchée ; demain elle sera asphyxiée. Une simple clarification des rôles et des financements de chaque institution suffirait à améliorer significativement la maîtrise de la régulation du système de santé.

- « **Mieux contrôler** »

Comme cela est évoqué au début du texte ; les professionnels de santé sont implicitement responsables du niveau de dépense. Un contrôle direct sur les offreurs de soins, « qu'il s'agisse de mieux les surveiller ou de mieux les sanctionner... », permettra de garantir le respect de l'OCEAM. Espérer une coopération sereine entre l'ARS-NC et les acteurs avec une telle asymétrie sur la vision et la méthode est une illusion. Pourtant, les acteurs du système de santé sont un rouage précieux, dont la connaissance fine du terrain et la capacité d'innovation sont un atout majeur. La défiance et la déconnexion avec le terrain sont un risque majeur de déresponsabilisation et d'immobilisme. Comme attendu, aucune notion ou forme de démocratie sanitaire n'est évoquée dans le texte.

- « **Simplifier l'architecture** »

La raison principale invoquée, pour laquelle l'AIR préconisée par l'IGAS n'a pas été retenue est que « l'autorité indépendante de régulation..., risque comme l'ont précisé plusieurs acteurs du système de santé auditionnés, de renforcer l'éclatement institutionnel avec une structure de pilotage en plus, générant de nouveaux besoins de coordination difficiles à couvrir ». En réalité l'ARS-NC reprend les grandes missions de l'AIR (sans la prévention), en prenant ses distances vis-à-vis du congrès. Nous ne voyons pas, en quoi, ce projet simplifie l'architecture actuelle. Il s'agit davantage d'un habillage afin d'affirmer le pouvoir de tutelle du gouvernement sur une agence en charge principalement de la régulation de l'offre.

Au final le projet ambitionne de créer une « technostructure », hors sol, qui reprendrait les grandes fonctions de régulation de la CAFAT pour les soins de ville et les Evasans, de la DASS pour l'hospitalisation publique, et les prérogatives du COSS. Il s'agit d'une feuille supplémentaire au mille-feuille actuel. L'agence sera composée d'un conseil d'administration factice et sera implicitement sous tutelle exclusive du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Ses membres, issus de l'appareil technocratique, auront pour principale mission d'assurer le respect de l'OCEAM quel qu'en soit le prix sur la qualité et l'accès aux soins. La vision du projet est focalisée sur l'offre, sans se préoccuper des besoins des usagers. À aucun moment l'accent n'est porté sur l'ambition d'une gouvernance au service de la prévention, pilier central du plan Do Kamo. Enfin, les démocraties sociales, sanitaires et parlementaires sont confisquées brutalement. Toutes les valeurs du système de santé calédonien se retrouvent ainsi menacées.

Il apparaît clairement que les intentions et finalités de ce projet de délibération sont largement inspirées des réformes entreprises en métropole. Afin de bien comprendre de quoi il en ressort et le risque d'une telle trajectoire pour la Nouvelle-Calédonie, il est opportun de rappeler le bilan de la politique française en matière de santé.

**Projet de réforme de la gouvernance du système de santé calédonien
Ou « copier-coller » des politiques publiques métropolitaine**

En métropole, les ordonnances de 1996 ont instauré 2 piliers majeurs :

Un cadre comptable court-termiste de pilotage des dépenses de santé (PLFSS, ONDAM),
Une mise sous tutelle de l'assurance maladie par l'État et de toute l'organisation sanitaire via une « agencification » étatique (ARH puis ARS).

Ce virage a été une rupture dans le modèle de santé français, bâti sur les ordonnances de 1945 pour la sécurité sociale et les ordonnances Debré de 1958 pour l'organisation sanitaire. Les ordonnances de 1945 ont instauré un système de délégation de services publics de financement du modèle social géré via un système de démocratie sociale. Les grands principes étaient de mettre l'État à une certaine distance de la gestion opérationnelle, qui était confiée à la sécurité sociale pour permettre une constance sur le long terme, pour responsabiliser les assurés sociaux en leur confiant la gestion (suscitant l'éducation de la solidarité chère à Pierre Laroque). Les ordonnances Debré ont bâti un système d'excellence qui a à la fois été le moteur de l'excellence de la médecine française, tout en renforçant le pouvoir médical dans l'organisation sanitaire.

En 2023, tout le monde s'accorde à dire que le système de santé de la France, autrefois exemplaire traverse aujourd'hui une crise profonde : Pourquoi ? La réponse à cette question est double : l'environnement (démographique, épidémiologique, technologique, écologique) a radicalement changé en trente ans (ce système est maintenant inadapté à son environnement), et les transformations apportées par les Pouvoirs Publics pour adapter le système à ce nouvel environnement, incarné par la politique de maîtrise comptable de l'offre de soins pilotée par les agences, ont mal fonctionné. C'est un fait peu discutable et cette responsabilité est collective.

Pourtant à l'origine de la création des ARS (agences régionales de santé) se trouve le besoin légitime de concevoir une politique de santé globale et transversale, à travers une structure disposant de l'ensemble des compétences en matière de santé. Le rapport Ritter dénonçait ainsi « l'enchevêtrement des compétences », « l'éclatement institutionnel » et le « cloisonnement des acteurs » résultant du système antérieur. Il mettait en évidence, à juste titre, « la nécessité d'un pilotage unifié du système territorial de santé ». Aujourd'hui la Nouvelle-Calédonie fait le même constat et s'apprête à adopter la même recette (dont l'inefficacité est clairement démontrée) en créant une ARS-NC aux pouvoirs dépassant ceux des ARS métropolitaines car ces dernières n'ont ni levier matériel, ni magistère moral pour agir sur l'exercice des professionnels de santé libéraux.

En France, dix ans après leur installation, les ARS répondent-elles aux objectifs qui leur avaient été fixés par le législateur dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « HPST » ? Le rapport remis à la ministre de la santé par Philippe Ritter en janvier 2008 sur la création des ARS, préfigurateur de celles-ci, identifiait cinq objectifs :

- accentuer la territorialisation des politiques de santé ;
- renforcer le caractère préventif des politiques de santé ;
- recentrer l'offre de soins vers les soins primaires ;
- faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière ;
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social.

Force est de constater que sur l'ensemble de ces points, les objectifs fixés ne sont pas atteints. Entre crise de l'hôpital public, déserts médicaux, détériorations des indicateurs, absence de politique préventive, défiance des acteurs, échec du virage numérique, le bilan est sans appel. Sans remettre en cause le dévouement exemplaire des 8000 agents des ARS, et bien que les causes soient multifactorielles : les faits sont là.

Selon le rapport sur le bilan des ARS remis en 2021 à l'assemblée nationale, la loi « HPST » a en effet créé des structures au périmètre d'action considérable, qui sont aujourd'hui perçues comme des « mastodontes technocratiques » par les acteurs du terrain.

Le choix de leur périmètre de compétences particulièrement ambitieux, puisqu'il s'agissait de créer un acteur régional unique capable de porter une politique de santé globale et transversale, pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante.

Les rapporteurs constatent que leurs missions de régulation et de structuration de l'offre de santé - médicale comme médico-sociale, ont pris le pas sur leurs missions de santé publique. La prévention reste le parent pauvre des politiques de santé, et les acteurs de terrain continuent de dénoncer le prisme trop hospitalier des ARS, au détriment des soins primaires et du secteur médico-social. Pour éviter cet écueil, l'ARS-NC déléguera la mise en œuvre opérationnelle des politiques de santé publique à l'ASS-NC. Cet aveu montre que l'objectif prioritaire du projet calédonien est de créer les conditions d'une politique centrée sur la régulation de l'offre de soins et le court-termisme : l'esprit du plan Do Kamo est détourné.

Les auditions menées dans le cadre de la mission sur le bilan des ARS, ont mis en exergue un sentiment croissant d'éloignement de ces agences du terrain. La démocratie sanitaire s'efface au détriment d'une sur-administration galopante.

Pourtant, la loi HPST avait imposé la constitution auprès de chaque ARS de conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), qui devaient être le lieu privilégié de la concertation. Dans la plupart des régions, les CRSA font l'objet d'une désaffection croissante, liée au sentiment de n'être qu'une « chambre d'enregistrement ». France Assos Santé a ainsi indiqué à propos des CRSA que, aux yeux de nombre de ses adhérents, « l'avis des CRSA est superflu et, lorsqu'il n'est pas suivi, les instances n'en sont informées que si elles le revendiquent ».

Au-delà du non-respect de la démocratie sanitaire et sociale par cette centralisation administrative du pilotage de la santé on observe une crise de confiance de la démocratie parlementaire en tant que contrôle des ARS. Pour reprendre les mots de Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, « malgré le statut d'établissement public, malgré la dénomination "agence", qui fait très moderne et invite à penser une large autonomie, les ARS sont des services déconcentrés qui ne répondent pas devant le conseil de surveillance constitué normalement pour les surveiller mais devant les administrations centrales, donc devant les ministres, conformément à notre organisation républicaine ».

Au cours des auditions, plusieurs acteurs ont donc appelé à restreindre le champ d'action des ARS, en revenant à une situation proche de celle qui existait avant leurs créations.

L'administration française en charge de la santé est toujours peu convaincue de l'intérêt économique de basculer le modèle de santé vers un modèle préventif dit de santé publique. Les dépenses de prévention en santé, hors dépenses de Covid, restent inférieures à 2% des dépenses totales (moins de 100 euros par habitant en prévention pour 4500 euros de dépenses de santé totales par habitant). Depuis 20 ans, les secteurs stratégiques du préventif tels que la santé scolaire et la santé au travail ont été largement démantelés.

Jusqu'à présent, malgré le coût exponentiel des pathologies chroniques et les tensions extrêmes sur le système de soins, rien ne semble capable de changer le logiciel politique en santé du tout curatif rationalisé et maîtrisé.

La Nouvelle-Calédonie doit comprendre les enjeux spécifiques à son territoire, et ne devrait pas chercher à faire un copier-coller d'outils complexes et technocratique qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Les acteurs du système de santé de la Nouvelle-Calédonie ont réalisé durant l'année 2022-2023 une proposition de gouvernance innovante qui a été présentée à la plupart des élus et institutions du territoire. Cette proposition a suscité un large intérêt et les remarques pertinentes sur les équilibres des pouvoirs et de la surveillance ont été intégrés dans une nouvelle version.

Le Projet Calédonien de réforme de la gouvernance du système de santé de la Nouvelle-Calédonie

Le projet calédonien, propose une nouvelle architecture utilisant les ressources existantes afin de faire converger la démocratie sociale, sanitaire et parlementaire sur une ligne stratégique commune. Si la DASS et le pouvoir politique définissent le cadre général de la politique et déterminent le niveau des ressources consacré à la santé, la CAFAT serait en charge de la gouvernance opérationnelle des soins à travers un conseil de santé (CDS-NC) et l'ASS-NC serait en charge exclusivement de la Prévention.

CDS-NC et ASS-NC, deux opérateurs indépendants mais interconnectés, auraient en main l'intégralité des budgets pour les prestations sous leurs responsabilités ainsi que tous les leviers pour en assurer la maîtrise.

La CAFAT, en tant qu'institution de référence auprès des Calédoniens représente une base solide et crédible pour rebâtir un pôle de gouvernance démocratique. Avec son expertise, ses réseaux, sa base de données et son expérience de contractualisation, elle saura être l'opérateur des soins de la nouvelle architecture.

Plusieurs leviers seraient mis à sa disposition :

- détermination des règles de tarification des établissements publics et privés et de l'ensemble des professionnels de santé. Cette responsabilité mettra en cohérence la fixation des règles de financement avec la gestion des dépenses globales de santé
- l'autorisation de création des établissements et activités de soins et leur contrôle
- la contractualisation avec les établissements de santé.

La CAFAT est prête à se réformer face à l'extension de ses missions en externalisant le RUAMM des autres branches au sein d'un conseil de santé indépendant : CDS-NC. Celui-ci sera administré par un comité exécutif entre un collège des payeurs de 12 membres (8 partenaires sociaux, 3 pouvoirs publics, 1 mutuelle) et un collège des acteurs de santé de 10 membres, représentant la démocratie sanitaire (4 représentants de l'hospitalisation publique, 2 des infra structures privées, 2 des professionnels de santé, 1 du médico- social et 1 des usagers).

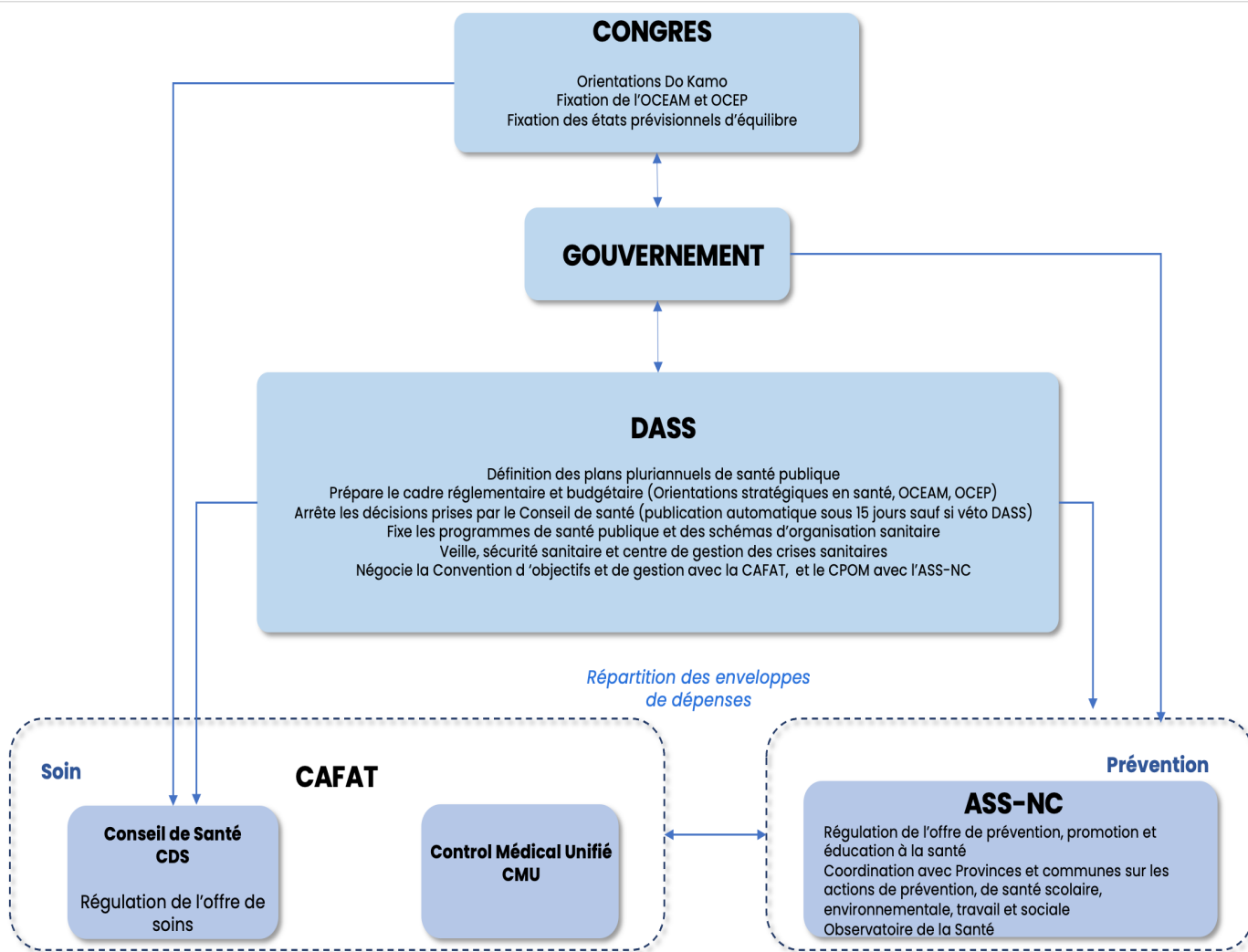
Le président du CDS-NC sera désigné par le collège des financeurs. Le nombre de sièges fixés dans le collège des financeurs, proportionnel au poids de chacun dans les dépenses de santé, pourra changer en fonction de l'évolution du financement de la santé et notamment du poids relatif de la fiscalité.

Ces propositions de nouvelle gouvernance sont actuellement partagées et soutenues par le conseil d'administration de la CAFAT, l'ensemble des syndicats représentatifs des professionnels de santé, la direction des principales infrastructures offreuses de soins, la fédération des Ephads, les principales structures médico-sociales et la plupart des associations et collectifs d'usagers. Elles ont également suscité un réel intérêt auprès de certains élus, des institutions et de la société civile.

**Nouvelle architecture de gouvernance
Simplification-Cohérence-Transparence**

SCHEMA DE LA GOUVERNANCE

stratégie



opérationnel

Afin de répondre aux remarques suscitées après nos auditions menées auprès des élus de la Nouvelle-Calédonie et les acteurs institutionnels, nous avons mis en place un conseil de surveillance afin que les pouvoirs publics et la démocratie parlementaire puissent contrôler et évaluer le CDS-NC.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE GOUVERNANCE

MISSIONS

Gestion des branches du régime général des salariés, du recouvrement et du fonctionnement de la Caisse

FONCTIONNEMENT

Commission Chômage
Commission Permanente
Commission de Conciliation et de Recours Gracieux (CCRG)
Commission de Contrôle
Commission d'appel d'offres
Commission d'étude

~~Commission de la Santé~~

CONSEIL DE SANTÉ Le CDS

MISSIONS

Régulation de l'offre de soins
Négocie et fixe les tarifs opposables des activités et des actes, des établissements, des evasan ainsi que les dotations de financement, les prix des dispositifs médicaux, et des produits de santé; ainsi que la contractualisations des soins avec les structures hors territoire
Evaluation et contrôle des structures
Mise en œuvre des conventions et CPOM, Contrôle et corrige le non-respect des enveloppes.
Participation au comité de suivi de l'OCEAM
Gestion du risque
Missions du COS
Rends compte 2 fois par an au conseil de surveillance qui contrôle et émet un avis sur les CPOM et les résultats du CDS

FONCTIONNEMENT

- **Le comité exécutif:** Regroupement du pouvoir de décision en une seule assemblée mixte, paritaire inclusive en 2 collèges : Financeurs et Acteurs de santé.
Le Président est désigné au sein du collège des financeurs.

- **La commission de santé** dont les membres animent et mettent en œuvre les actions de régulation de l'offre de soin décidées par le comex. Les nouveaux membres qualifiés pour les nouvelles missions sont désignés par le comex et le conseil de surveillance

- **Le conseil de surveillance:** présidé par le président de la commission santé au congrès et composé de 10 membres représentatifs, contrôle l'action du CDS-NC

COMEX CDS-NC

Collège Acteurs de santé (10)

Usagers (1)
Professionnels de Santé lib (2)
Offre de soins privée (2)
Offre médico-sociale (1)
Offre de soins publique (4)



Collège Financeurs (12)

Conseil d'Administration paritaire (8)
Nouvelle-Calédonie (3)
Mutuelles (1)

Conseil de surveillance du CDS-NC Composition et Missions

La présidence du conseil de surveillance revient au président de la commission de santé du Congrès de la Nouvelle-Calédonie.

Outre ce membre de droit, le conseil de surveillance se compose des membres suivants, disposant de voix délibératives :

- le président du gouvernement ou son représentant
- le représentant de l'État en Nouvelle-Calédonie
- le président du conseil d'administration de la CAFAT
- un représentant de chaque province
- un représentant des maires.

Siège également au conseil de surveillance, avec voix consultative, un représentant élu du personnel du CDS-NC, le directeur général du CDS-NC, le directeur des finances publiques de Nouvelle-Calédonie, le directeur de l'ASS-NC et le directeur de la DASS-NC.

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président ou à la demande motivée du tiers de ses membres.

Le rôle du conseil de surveillance est double : il détient une compétence dans le domaine financier mais également concernant la politique menée par le conseil de santé.

Il approuve le compte financier, peut se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétences du CDS, émet un avis sur le CPOM et sur les résultats de l'action du conseil de santé.

À l'image du capital naturel de la planète, nous avons collectivement une obligation morale, sociale et économique de renforcer le capital humain en santé de tous les calédoniens. Telle est l'ambition principale du plan de santé Do Kamo, à laquelle nous adhérons totalement.

Pour autant, le projet de délibération de réforme de la gouvernance, en tant que colonne vertébrale et chef d'orchestre du plan Do Kamo, à travers la création d'une ARS-NC pourrait fragiliser cette perspective.

Si l'OCEAM devrait être atteint à court terme par des mesures de raboutage dans une vision de rationalisation autoritaire et arbitraire de l'offre de soins, tous les autres indicateurs en santé seront détériorés plus vite que prévus, comme nous le montre l'expérience métropolitaine. L'absence de confiance et la déresponsabilisation des acteurs conduira inévitablement à asphyxier l'innovation nécessaire à la transformation des organisations vers une médecine de parcours et de prévention.

Bien que nous ayons le privilège de légiférer sur notre propre modèle calédonien et devenir ainsi une source d'inspiration pour d'autres pays, le projet d'ARS-NC poursuit une logique métropolitaine, inadaptée à notre territoire.

Nous devrions viser un seul et unique objectif : renouveler une gouvernance au service des calédoniens. Le système de santé doit préserver les valeurs de liberté et d'égalité qui font partie de l'identité de ce territoire. Créer une nouvelle gouvernance « made in Calédonia », démocratique et responsable, transparente, utilisant nos ressources et ouverte aux compétences tout en respectant nos valeurs, est le meilleur moyen pour maintenir un système de santé économiquement soutenable et performant à court et long terme.

Cette nouvelle architecture, dessinée par la majorité des acteurs du système de santé, existe et a l'avantage de nécessiter peu de moyen et de temps pour être mise en œuvre afin de rétablir l'indispensable choc de confiance nécessaire au changement.

Monsieur le Président du congrès, face aux potentielles répercussions systémiques de la réforme proposée, sur le modèle social de la Nouvelle-Calédonie, nous vous prions de tenir une séance plénière afin de débattre projet-contre-projet. Tous les élus représentants la démocratie parlementaire de ce territoire, ainsi que les grands acteurs institutionnels, doivent obtenir une totale information sur ce sujet hautement sensible, au risque de léguer à nos enfants un système de santé structurellement défaillant.

SAIDI Kader
Co-fondateur de l'OPUSS-NC



CANTIN Jean-François
Président de l'OPUSS-NC

