

La nouvelle organisation sanitaire recherche une meilleure prise en charge des patients et la politique de la jeunesse et des sports doit viser prioritairement un effet de levier

Pour rester l'un des meilleurs au monde, le système de santé français doit relever des défis importants. L'immobilisme en ce domaine conduirait à l'impasse. D'abord, il doit veiller, dans un contexte de vieillissement de la population, à garantir la qualité des soins prodigués sur l'ensemble du territoire. Ensuite, il doit veiller à être financièrement soutenable. Pour que notre système reste solidaire, des évolutions profondes doivent donc être conduites pour améliorer l'accès aux soins et parvenir à un ensemble efficient, dispensant la meilleure qualité des soins au meilleur coût.

En particulier, le cloisonnement actuel entre l'hôpital, les soins de ville et les soins médico-sociaux doit être surmonté. Pour le patient, c'est la qualité, l'adaptation et l'accessibilité des soins qui comptent. Il est donc nécessaire d'avoir une vision intégrée et cohérente, notamment pour répondre aux besoins des personnes âgées.

La réforme de l'hôpital public constitue un autre chantier de grande ampleur pour Roselyne Bachelot-Narquin, qui mettra en œuvre les orientations arrêtées sur sa proposition par le président de la République et le Premier ministre à la suite du rapport Larcher. Des progrès majeurs sont à en attendre pour l'égal accès des Français à des soins de qualité.

L'assurance maladie devra revenir progressivement à l'équilibre : il ne serait pas responsable de continuer à transférer la charge de nos dépenses de santé sur les générations futures. La poursuite de la dérive financière finirait par remettre en cause le caractère solidaire de notre système.

En matière de jeunesse, de vie associative et de sports, l'Etat est loin d'être seul à intervenir, les collectivités locales, le mouvement sportif jouant des rôles importants. Il est donc nécessaire de rechercher une intervention de l'Etat qui soit la plus efficace, qui ait la plus grande légitimité et le plus fort effet de levier.

Enfin, en matière d'administration, comme dans tous les ministères, les structures seront simplifiées et mieux adaptées à leurs missions.

1) Un système de santé qui soigne mieux les Français et retrouve un équilibre financier

La mise en place d'un conseil stratégique de la santé

Un conseil stratégique de la santé, présidé par les ministres chargés de la santé et de la solidarité ou leur représentant, le secrétaire général des ministères sociaux, sera créé afin d'assurer la cohérence des instructions données aux agences régionales de santé (ARS) et le suivi de leurs activités. Il rassemblera, à cet effet, les directeurs de l'administration centrale du ministère chargé de la santé, ainsi que les directeurs généraux des caisses nationales d'assurances maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA).



Les agences régionales de santé (ARS)

La mise en place des ARS, conformément à la demande du Président de la République unifiera et responsabilisera l'organisation territoriale de notre système de santé.

Cette réforme procède d'un choix stratégique fondamental : renforcer le pilotage territorial, en se donnant les moyens d'une réelle efficacité.

Il s'ensuit deux grands principes constructifs pour les ARS : elles réuniront les services de l'État et de l'assurance maladie - pilotage unifié – et devront être le levier d'une responsabilisation de tous les acteurs – pilotage responsabilisé.

La création des ARS est très attendue par les acteurs locaux et de façon générale par les usagers. Il y a consensus pour considérer qu'assurer le meilleur système de santé au meilleur coût passe aujourd'hui par une réforme en profondeur, s'inscrivant dans la durée et permettant d'éviter la fréquence d'à-coups financiers et sociaux trop brutaux dans les années à venir.

Les ARS mettront fin à l'éparpillement des différentes structures territoriales œuvrant dans les domaines de la santé et des soins : les services déconcentrés actuels de l'État (le pôle «santé» et «médico-social» des DDASS et des DRASS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), et une partie des services régionaux des trois régimes de l'assurance maladie, seront regroupés au sein des ARS.

Des antennes locales seront créées pour garantir la proximité territoriale nécessaire au pilotage des politiques de santé publique et médico-sociales.

Cette réforme ambitieuse repose sur une approche globale des problématiques en matière de santé avec trois innovations principales :

- le rapprochement de l'ambulatoire, de l'hospitalier et du médico-social s'accompagnera de la création d'une gamme de leviers d'action pour améliorer la régulation et la restructuration de l'offre de soins (de l'hôpital vers le médico-social, notamment, pour répondre aux défis du vieillissement démographique et de la dépendance). Les ARS exerceront leurs compétences sur l'organisation des soins et la gestion du risque, dans le respect des missions et de l'organisation de l'assurance maladie. A cette fin, elles mettront en place un dispositif conventionnel avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Cette réforme ne saurait cependant en aucun cas remettre en cause la politique de service de proximité aux assurés garantie par l'assurance maladie. Le succès de cette réforme cruciale pour l'avenir de nos concitoyens reposera aussi sur la capacité du Gouvernement à expliquer les enjeux de cette réforme aux agents concernés, et à construire autour un accompagnement ambitieux en terme de gestion des ressources humaines ;
- l'inclusion de la politique de santé publique dans toutes ses dimensions, et notamment la santé environnementale, dans le champ des ARS, facilitera une meilleure coordination avec les politiques publiques en matière curative ;
- les ARS seront des structures de droit public *sui generis* regroupant les personnels de l'Etat et ceux de l'assurance maladie.

La conférence régionale de santé, refondée et aux compétences élargies pour coïncider avec celles de l'ARS, deviendra une véritable instance de démocratie sanitaire.

Les compétences des ARS devront s'articuler avec le rôle du préfet de département dans la gestion des crises, notamment sanitaires.

Ainsi, l'agence régionale de santé formera un système intégré, disposant du poids nécessaire pour devenir l'acteur territorial de référence dans le domaine de la santé, des soins, du médico-social et de la prévention, au service de nos concitoyens.



La réforme de l'hôpital public

Le cap fixé par le président de la République est de moderniser le fonctionnement de l'hôpital pour garantir des soins de qualité.

Dans chaque territoire, les hôpitaux publics s'organiseront pour améliorer le service rendu à la population. Des communautés hospitalières de territoire permettront à chaque hôpital d'appartenir à un ensemble plus vaste, doté des compétences médicales et du plateau technique auxquels il n'aurait pu prétendre seul. L'hôpital public devra être plus performant et mieux géré, afin d'atteindre l'objectif d'équilibre d'exploitation des hôpitaux d'ici 2012 fixé par le Président de la République. La gouvernance hospitalière sera profondément renouvelée pour doter l'hôpital public d'un « patron » lui permettant de relever les défis. L'enseignement et la recherche seront une priorité pour maintenir l'excellence de notre médecine.

Pour relever le défi du vieillissement de la population et de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, l'offre sanitaire de court séjour sera progressivement réorientée, à la mesure des besoins.

Le retour à l'équilibre de l'assurance maladie

Ces évolutions, structurantes pour l'avenir, seraient incomplètes si elles ne s'accompagnaient pas d'un retour durable à l'équilibre de l'assurance maladie. C'est la condition même de la pérennité de notre système solidaire de santé. Ce dernier est en déficit depuis 20 ans. L'objectif est de le ramener progressivement à l'équilibre et de l'y maintenir durablement. Pour y parvenir, la maîtrise des dépenses constitue un impératif. Afin de préserver les fondements de notre système solidaire, qui garantit une prise en charge intégrale des pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses, il sera nécessaire, notamment, de redéfinir les critères d'entrée et de sortie du régime des affections de longue durée.

L'assurance maladie devra se recentrer sur ses missions essentielles à l'issue d'un travail de réflexion sur les conditions et les moyens de redéfinir la place respective de la solidarité et de la responsabilité individuelle dans le financement de la santé. Des discussions seront menées avec les organismes complémentaires sur ces questions essentielles.

Enfin, il faudra s'assurer d'un plus grand respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. A cet égard, il sera indispensable de déterminer des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie réalistes et d'assurer l'application pleine et entière de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le renforcement des agences sanitaires

La modernisation des administrations sanitaires concerne également les opérateurs, au premier rang desquels les agences sanitaires.

La France dispose, grâce à ces agences, d'une couverture très complète des risques sanitaires. C'est un avantage majeur. Il importe cependant de **clarifier la répartition des rôles et de renforcer la coordination entre ces agences pour** couvrir toujours plus efficacement les risques sanitaires auxquels notre pays est confronté, en veillant à l'efficacité des dépenses.

Des regroupements d'agences présentant des synergies seront envisagés dans les prochaines semaines, dans le souci d'une amélioration du dispositif de prévention des risques sanitaires.

Une modification législative interviendra pour permettre au Gouvernement de donner des « orientations de travail » à la Haute Autorité de Santé. Un contrat d'objectifs et de moyens pourra être passé avec elle.



2) Politique de jeunesse, de vie associative et de sport

Les orientations qui suivent procèdent du comité de modernisation des politiques publiques du 4 avril 2008.

Une plus grande sélectivité des interventions

Une plus grande sélectivité des interventions de l'État en matière de jeunesse, de sport et de vie associative sera recherchée pour éviter le saupoudrage des aides. A cet effet, les seuils des subventions accordées par l'État ou par ses opérateurs seront progressivement relevés.

Des structures simplifiées

Le réseau des CREPS sera resserré. A cet effet, une évaluation complète du réseau sera conduite pour identifier les établissements dont la contribution à la mise en œuvre des politiques publiques est essentielle.

Le statut et les missions de l'INSEP seront adaptés à son nouveau rôle de « vaisseau amiral » du sport français et de tête de réseau des établissements intervenant en matière sportive, plus particulièrement en matière de sport de haut niveau.

3) Des administrations plus resserrées, mieux organisées, plus réactives

Le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a pleinement intégré les objectifs de simplification des structures et de mutualisation promues par la révision générale des politiques publiques.

Les administrations centrales

Le pôle santé, constitué de la direction générale de la santé et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est déjà resserré. Ces deux directions veilleront néanmoins à développer davantage leurs synergies et à supprimer les doublons d'activité. Par ailleurs, la MAINH et la MEAH seront fusionnées au service d'une politique d'efficience hospitalière.

Le pôle jeunesse et sports sera resserré puisque lors du Conseil de modernisation du 4 avril dernier, il a été décidé de fusionner la direction de la jeunesse et celle de la vie associative. Ce pôle sera donc constitué de deux directions, l'une dédiée à la jeunesse et à la vie associative, l'autre aux sports. Cette fusion a déjà été présentée au comité technique paritaire central. Elle sera effective avant le 1^{er} septembre 2008.

Les administrations déconcentrées

Au-delà des ARS, les services du ministère exerçant d'autres missions sont pleinement intégrés dans le cadre plus général de la réforme de l'État local. Les directions régionales et départementales de la jeunesse et des sports seront ainsi intégrées dans des structures plus larges.



Les fonctions supports

Décidée lors du conseil de modernisation du 4 avril 2008, la fusion des services supports de la santé et de la jeunesse et des sports conduira à la fusion des deux directions d'administration générale, ainsi que de la délégation à la communication. La délégation aux affaires européennes et internationales sera aussi fusionnée avec cet ensemble, le moment venu et en tout état de cause après la présidence française de l'Union européenne.

La mutualisation et la fusion des fonctions support s'inscrit dans une réforme plus vaste visant à une réorganisation profonde de l'administration centrale sanitaire et sociale. Celle-ci doit en effet s'adapter pour gagner en cohérence et en réactivité, former des pôles de politiques publiques plus homogènes (pôle santé, pôle social, pôle administration générale), développer un pilotage plus stratégique des réseaux territoriaux (dont les ARS) et des opérateurs nationaux qui, s'agissant en particulier des agences sanitaires, verront aussi leur organisation évoluer.

4) Synthèse des décisions des trois premiers CMPP

Champ de la santé

- mettre en place des dispositifs de stabilisation automatique de l'assurance maladie reposant sur une meilleure maîtrise des dépenses ;
- renforcer la lutte contre la fraude : renforcer la coordination des politiques de lutte contre les fraudes ; professionnaliser la fonction de contrôle par une mutualisation des moyens ; développer les outils de lutte contre la fraude ;
- fusion des deux administrations centrales chargées de fonctions support (DRAHCG et DAGPB + DICOM + DAEI) le moment venu et en tout état de cause après la présidence française de l'Union européenne ;
- clarification du rôle et de la position des missions et des délégations dans le domaine de la santé pouvant aller jusqu'à une réinternalisation au sein des directions d'administration centrale ;
- fusion de la mission d'appui à l'investissement hospitalier avec la mission d'expertise et d'audit hospitalier ;
- création des ARS sur un format large intégrant la santé publique, la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social et associant, au niveau régional, État et assurance maladie ;
- mise en place d'une contractualisation entre les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie dans le domaine de la gestion du risque ;
- regroupement des agences sanitaires en pôles cohérents correspondant à leurs grandes missions.

Champ de la jeunesse, des sports et de la vie associative

- redéfinition des missions des CREPS, évaluation de ces établissements et, sur cette base, suppression éventuelle d'une partie d'entre eux ;
- modulation de l'aide en moyens humains et financiers aux fédérations en fonction de leurs projets et de leur développement ;



- réexamen du dispositif d'exonération des charges sociales sur la rémunération du droit à l'image collective des sportifs professionnels ;
- réforme de la politique d'attribution des subventions en faveur du sport afin d'éviter le saupoudrage ;
- fusion de la direction de la vie associative avec celle de la jeunesse et de l'éducation populaire ;
- intégration des services déconcentrés de la jeunesse et des sports dans des ensembles plus vastes dans le cadre de la réforme de l'État territorial ;
- renforcement de la tutelle sur les opérateurs ;
- réorganisation et rationalisation des missions des opérateurs du secteur jeunesse (INJEP, CNJ, CIDJ) avec l'objectif de réduire le nombre de ces structures ;
- simplification et réforme interne de l'Institut national du sport et de l'éducation physique (INSEP) ;
- rationalisation de la répartition des compétences entre l'État et le Centre national de développement du sport (CNDS).

Décisions du CMPP du 11 juin 2008 en matière d'administrations sociales

- La direction de la sécurité sociale exercera progressivement la tutelle, à titre principal, de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, ainsi que des organismes concourant au financement de la protection sociale.
- Le secrétaire général des ministères sociaux aura autorité sur les fonctions supports et présidera, comme représentant des ministres chargés de la santé et de la solidarité, le conseil stratégique de la santé rassemblant les directeurs d'administration centrale, les caisses d'assurance maladie et la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), afin d'assurer la cohérence des instructions aux ARS et le suivi de leur activité.
- Une modification législative interviendra pour permettre au Gouvernement de donner des «orientations de travail » à la Haute Autorité de Santé. Un contrat d'objectifs pourra être passé.
- Les ministères sociaux sont construits sur la base de quatre pôles : un pôle santé constitué de la direction générale de la santé et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, dont les synergies devront être développées ; un pôle protection sociale, constitué par la direction de la sécurité sociale renforcée ; un pôle travail, composé de la direction générale du travail et de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ; une direction générale de la cohésion sociale, bâtie sur la base de la direction générale de l'action sociale et des autres structures intervenant sur ce champ. Cette dernière direction développera un nouveau mode de relation avec les collectivités locales, qui détiennent désormais de larges compétences en la matière.



5) Calendrier de mise en œuvre des réformes

