

Note : Propositions de réforme du système de santé en Nouvelle-Calédonie

La création de la CAFAT dans les années 60 protégeait des statuts dans un modèle corporatiste. La société était alors constituée par une population jeune, des emplois relativement stables et des risques sociaux de courte durée. De nos jours, la démographie, la technologie, l'emploi et les risques ont changé de nature. Dans un contexte de ralentissement économique durable et d'avenir institutionnel incertain, cette modification de notre environnement sociétal rend notre modèle de protection sociale dépassé. Il est impératif de le réformer en faisant participer d'avantage les acteurs concernés.

Diagnostic : le système de santé en Nouvelle-Calédonie connaît une triple crise

- ***Une crise financière :***

Entre l'essoufflement d'un modèle et le ralentissement de la conjoncture, l'économie Calédonienne souffre de faibles gains de productivité et d'une compétitivité insuffisante. L'évolution des dépenses de santé demeure stable à 6%/an pour une croissance faible autour de 1%. Compte tenu des cours attendus du nickel, de l'attentisme des acteurs économiques face à l'incertitude institutionnelle et de la crise mondiale du au Covid 19, les prévisions de croissance pour 2021 sont pessimistes. Dans ces conditions, l'espace budgétaire de la Nouvelle-Calédonie ne pourra pas prendre en charge le prochain déficit du RUAMM, sans un soutien financier externe.

- ***Une crise d'efficacité :***

La création du RUAMM en 2002, couvrant l'ensemble des actifs, suivie d'une extension progressive des missions de la CAFAT, ont permis un rattrapage social indispensable au regard d'autres géographies. Malgré toutes ces mesures, il persiste en 2020 des inégalités de santé en fonction des classes sociales et des territoires dues aux déterminants non médicaux de santé (revenu, addiction, surcharge pondérale, habitat, pollution). Le système de santé calédonien investit la quasi-totalité de ses ressources dans les soins curatifs sans tenir compte de la transition épidémiologique et démographique en cours : vieillissement, révolution technologique et explosion des maladies chroniques.

- ***Une crise de légitimité :***

Le système de santé Calédonien est caractérisé par une organisation en « silos ». Des entités distinctes, comme la DASS et la CAFAT, gèrent d'un côté l'offre hospitalière et de l'autre les soins de ville. Le médico-social, secteur essentiel pour évoluer du soin à la santé, se situe au cœur d'un partage de compétences et de financements entre opérateurs déconnectés : prévention, déterminants de santé et aide aux logement pour l'ASS ; gestion des allocations familiales de solidarité, du nouveau régime d'aide en faveur des personnes en situation de handicap ou de dépendance, et du minimum-retraite par la CAFAT ; compétences spécifiques des DPASS pour les Provinces (aides médicales, protection familiale et de l'enfance, aides aux associations). Tous ces éléments ont conduit à une crise de confiance majeure caractérisée par une défiance entre les acteurs où la gouvernance actuelle ne peut plus agir que par réaction face aux événements.

Ce qu'il faudrait éviter de faire

Les difficultés de mise en place d'une maîtrise négociée entre les partenaires sociaux, le pouvoir politique et les offreurs de soins risquent de conduire à un projet de réforme renforçant le rôle de l'administration. La création d'une agence indépendante (AIR) concentrant tous les pouvoirs de régulation du système d'assurance maladie et d'offres de soins induira un pilotage par les normes, déconnecté des réalités du terrain. Cette évolution est contraire au besoin croissant de démocratisation sanitaire qui nécessite de responsabiliser les parties prenantes dans le pilotage et risque de précipiter le système dans sa chute. En métropole, à partir du même diagnostic, le plan Juppé de 1996, la loi sur l'assurance maladie de 2004 et la loi HPST de 2009 ont été les éléments fondateurs de la reprise en main de l'État sur l'assurance maladie, de la fin du paritarisme, de la production des normes professionnelles par les agences et de l'industrialisation de la qualité des soins.

Si l'Ondam est aujourd'hui respecté, la crise du système de santé en France reste entière : de l'inégalité d'accès aux soins à la dépossesion du travail médical par les professionnels de santé. L'État, compte tenu de ses missions et moyens a une conception différente de la protection sociale, entre universalisme et maîtrise des déficits publics, organisation du marché des complémentaires et régulation industrielle. Le projet de réforme calédonien en cours, malgré quelques subtilités et spécificités locales, suit la même trajectoire « d'étatisation » et va même au-delà. La Nouvelle-Calédonie pourrait emprunter un autre chemin et se rapprocher des défenseurs de la sécurité sociale et de la démocratie sanitaire.

Objectifs stratégiques d'une nouvelle réforme

Tant que l'architecture ne sera pas modifiée, aucun parcours de soins cohérent entre la ville, l'hôpital et le médico-social ne sera efficace. Pour que les parcours s'améliorent, il faut que chaque financeur ait en main l'intégralité des budgets pour les prestations sous sa responsabilité et tous les leviers pour en assurer la maîtrise. La multiplication des acteurs dans le financement de chaque prestation de soins nuit à l'efficacité du système et asphyxie l'innovation.

Fixer arbitrairement un montant d'économies financières comme objectif de réforme du modèle social est une garantie d'échec.

La stratégie de ce nouveau modèle devrait reposer sur trois axes :

- Des épisodes de soins aux parcours de soins : interprofessionnels, coordonnées, ambulatoire et contractualisé
- Du soin à la santé : en déployant les actions en amont du risque et en investissant sur les capacités des individus par un pilotage transversal à partir de l'ensemble des déterminants de santé : environnement, logement, alimentation, activités physiques
- De l'offre aux besoins : l'utilisateur doit être responsabilisé afin de gérer son capital santé

Pour ce faire il faut repenser l'organisation de l'offre de santé, le système de financement, les modes de paiement des offreurs de soins et la gouvernance.

La gouvernance

La nouvelle architecture proposée a pour but d'utiliser les ressources existantes, de renforcer la démocratie sociale et sanitaire, de décloisonner les secteurs et de libérer l'innovation. Si la DASS et le pouvoir politique continueront à définir le cadre général de la politique et le montant des dépenses de santé, la CAFAT sera au centre de la gouvernance opérationnelle.

- ***La CAFAT,***

En tant que pilier de la solidarité de notre système de santé, la CAFAT représente une base solide et crédible pour bâtir un pôle de gouvernance démocratique. Elle est la mieux placée sur le plan technique, avec son expertise, ses bases de données et son expérience de contractualisation pour être au cœur de cette nouvelle architecture. Nous proposons une unification de la gouvernance des soins des trois secteurs : ville, hôpital, médico-sociale, au sein de la CAFAT afin de piloter l'offre de soins à partir des parcours et d'évoluer vers un décloisonnement de l'offre.

Plusieurs leviers seront mis à sa disposition en plus de ses prérogatives :

-La détermination des règles de tarification des établissements publics et privés et de l'ensemble des professionnels de santé.

-L'autorisation de création des établissements et activités de soins et leur contrôle.

-La contractualisation avec les établissements de santé (hôpitaux ; cliniques ; CMS ; maisons médicales) à travers des CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), afin d'optimiser l'allocation des ressources selon des objectifs de santé publique déterminés.

-Unification de la gouvernance du médico-social.

Cet élargissement significatif des missions de la CAFAT nécessitera des modifications statutaires conséquentes.

La Cafat devrait devenir un établissement public administratif sous la tutelle du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Il conviendrait de créer une cellule de l'offre de soins au sein de la branche santé dotée de trois sous directions : ville, hôpital et médico-social, en recrutant les fonctionnaires actuellement en poste (à la DASS, ASS et DPASS) sur ces secteurs.

Un CA spécifique au RUAMM devrait être créé. Sa composition refléterait une réelle démocratie sociale et sanitaire avec des représentants des salariés et des employeurs, des représentants de la DASS et du gouvernement, des représentants de chaque Province, des représentants des usagers, des représentants des établissements et des représentants des professionnels de soins.

- **La DASS,**

et le pouvoir politique restent les décisionnaires de la politique de santé et définissent le cadre général. Si elle cède la gestion hospitalière et les missions du COSS à la CAFAT, d'autres activités lui seront confiées :

-Fixation d'objectifs de santé publique à atteindre

-Fixation du budget de la santé, de l'OCEAM et de ses sous objectifs

-Fixation des processus d'évaluation et de contrôle : réactiver le dispositif de convention d'objectif et de gestion (COG) avec la CAFAT.

L'agence sanitaire et sociale pourrait disparaître. Ses missions et agents seraient redéployés sur la CAFAT et la DASS.

Idéalement les régimes des aides médicales et certaines missions des DPASS devraient être gérés par la CAFAT pour plus de cohérence sur les parcours et la maîtrise sur les dépenses, cependant les calédoniens restent très attachés à la provincialisation et leurs services de proximité.

Le financement

L'objectif du nouveau modèle n'est pas simplement d'assurer une couverture sociale de toute la population, mais de solidariser l'ensemble des calédoniens. Il faut donc préserver un financement par les cotisations sociales du RUAMM. Actuellement ces cotisations financent 65% du régime et les impôts et taxes affectés 21%. Afin d'anticiper le vieillissement de la population et le déséquilibre annoncé du ratio entre actifs et seniors, il est souhaitable de faire évoluer la base du financement sur l'impôt et notamment la CSS pour arriver à une certaine parité. Cet arbitrage politique permettra également de réduire le coût du travail, de soutenir l'emploi et de limiter l'impact des exonérations sur les secteurs aidés.

La nouvelle architecture du financement devrait partir du principe qu'une prestation de santé doit être soutenue par un financeur unique. Actuellement pour une même prestation nous avons un empilement des financeurs (Cafat, complémentaires, aides médicales, ménages) entraînant ainsi une augmentation des frais de gestion, une limitation de l'innovation et une inégalité d'accès aux soins.

Il faut construire un modèle où chaque financeur prendrait en charge intégralement un panier de soins spécifique.

Deux types de paniers de soins seraient définis : un panier dit « Obligatoire », prise en charge par la Cafat (et/ou l'aide médicale) pour tous les soins hospitaliers, toutes les ALM et une partie des soins et prescriptions ambulatoires; et un panier dit « Complémentaire » prise en charge par les mutuelles (et/ou l'aide médicale) pour le reste des soins et prescriptions ambulatoires. Les « Paniers de soin solidaire » doivent être accessibles à tous, sans barrière financière, principe d'universalité. Cela impose de rendre obligatoire l'adhésion à une assurance complémentaire individuelle couvrant les paniers de soins complémentaires non prise en charge par la Cafat. Actuellement 170000 calédoniens ont une couverture complémentaire. La tentation d'une généralisation des contrats collectifs des mutuelles est à proscrire afin d'éviter les phénomènes de démutualisation du risque. Le pouvoir politique sera le garant de l'homogénéisation des contrats, et des critères de sélections.

Le taux de couverture des biens des paniers serait de 90 à 100 %, tandis que les mécanismes d'assurance solidaire ne prendraient en charge aucun bien en dehors des paniers de soins, ceux-ci étant laissés à d'éventuelles assurances supplémentaires privées.

En définitive, le principe est simple : si un soin est jugé utile par la démocratie sanitaire, il faut le prendre en charge intégralement soit par la CAFAT, soit par les mutuelles, soit par l'Aide médicale. S'il ne l'est pas, il ne faut pas le rembourser. Ce principe de couverture solidaire n'exclut pas la mise en place de tickets modérateurs, pour les ménages. Pour protéger les assurés sociaux, un mécanisme efficace consisterait à plafonner les restes à charge : les individus dont le reste à charge annuel cumulé dépasse une somme donnée seraient couverts à 100 % par la couverture publique sur le champ de la dépense reconnue.

Des outils concrets à mettre en place

- ***Une refonte du système d'information sanitaire et social :***

Unique, performant sous contrôle de la CNIL. Un identifiant unique. Un dossier médical patient partagé, un PMSI généralisée et une révision des nomenclatures existantes (passage CCAM).

- ***Un Objectif Calédonien d'évolution des dépenses d'assurance maladie, OCEAM :***

Il faudra tenir compte des préférences collectives sur le niveau des dépenses de santé souhaitables pour notre société. En pratique cet arbitrage sera réalisé au travers des choix budgétaires décidés par la DASS et le pouvoir politique qui définiront le montant prévisionnel des dépenses de la CAFAT à travers l'OCEAM. La vocation de l'OCEAM, comme outil de pilotage et de régulation, est de permettre un débat sur la couverture publique des besoins de santé et de contenir la progression des dépenses dans un cadre soutenable. A ce sujet, les préconisations de l'IGAS sont pertinentes.

- ***Du protocole de soins initial au Contrat patient :***

Pour optimiser le suivi du parcours, un contrat patient tripartite serait élaboré par la CAFAT et signé entre le médecin coordinateur, la CAFAT et le patient en LM, après avoir discuté des modalités spécifique du parcours dans des RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) LM territoriales. Cette contractualisation vise à rendre le patient plus impliqué dans son parcours de soins en fonction de ses « capacités ». Des objectifs à atteindre seront mentionnés et régulièrement évalués. Le médecin coordinateur serait assisté d'un assistant technique au service de la CAFAT ou d'une DPASS, dédié à la coordination des parcours. Cet assistant technique serait chargé de s'assurer que le patient dispose de toute l'information nécessaire pour respecter le protocole de soins, prendre les rendez-vous médicaux et paramédicaux, de s'assurer de la saisie des données et de la qualité du parcours.

- ***Création de Pôles médicaux de proximité :***

La création de pôles médicaux de proximité en sus des CMS et des centres de santé actuels, pluridisciplinaires et assurant une permanence des soins, permettra la réalisation du virage ambulatoire et facilitera les parcours. Des incitations financières devraient être dédiées pour la création de ces structures et le regroupement des professionnels selon un maillage territorial par bassin de vie.

- ***Diversifier les modalités de paiements des professionnels de santé :***

- Paiement à l'acte pour les soins courants, adapté à une nomenclature modernisée et revalorisée
- Forfait de coordination pour les médecins coordinateurs des patients en longues maladies
- Capitation ajustée pour la prévention.

Dans une société dominée par le risque des maladies chroniques, la prise en charge doit être transversale en impliquant l'utilisateur dans une médecine de parcours interprofessionnel dont le succès permettra à la fois d'optimiser le bien-être du patient, d'augmenter ses chances de vieillir en bonne santé et de maîtriser les coûts. Les propositions soutenues dans cette note s'appuient sur les retours d'expériences des réformes métropolitaines, des projets calédoniens en cours, de travaux de recherche singuliers et des rapports de l'institut santé. Elles apportent une vision nouvelle et ont pour but d'alimenter le débat entre tous les acteurs concernés.