

ENTRETIEN :

LE RÔLE DES COLLECTIVITÉS LOCALES DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

JEAN-YVES CHAMARD *

P-J.Lancry : Les textes de loi de 1982 sur la décentralisation modifient les compétences de l'Etat et des collectivités locales en matière de santé. Quel est votre sentiment à ce sujet et pensez-vous que les collectivités locales doivent jouer un rôle important dans le financement de la santé ?

J-Y. Chamard : Etant donné le niveau des budgets des collectivités locales, je ne crois pas qu'on puisse imaginer qu'elles aient un jour une responsabilité pleine et entière en matière de santé.

Une caisse primaire d'assurance-maladie dépense, au niveau d'un département entre 20 et 50 fois le budget de ce département. Par ailleurs, faire payer une partie des dépenses de santé par les collectivités locales engendrerait une très grande injustice car, dans les départements pauvres où les salaires moyens sont relativement plus faibles, les recettes fiscales locales rapporte évidemment beaucoup moins que dans les départements riches. Donc, en ce qui me concerne, j'exclus l'idée que l'on puisse mettre la majorité des dépenses de santé à la charge de ces collectivités, sauf à modifier considérablement la réglementation fiscale

On peut en revanche imaginer un système à la marge qui aurait la vertu de responsabiliser les organismes locaux. Supposons que l'on décide que les élus locaux aient des compétences plus étendues en matière d'hospitalisation. En pratique, ils jouent déjà un rôle dirigeant car les présidents de leurs conseils d'administration sont les maires s'il s'agit d'hôpitaux généraux et les présidents des conseils généraux lorsqu'il s'agit de psychiatrie. Ce ne sont pas eux qui décident en dernier ressort mais ils peuvent influencer sur les décisions. Imaginons donc qu'on donne une enveloppe à une région, par exemple le Poitou-Charente dont je suis l'un des élus, qui corresponde à l'importance de sa population, à sa pyramide des âges (une population est d'autant plus consommatrice de soins qu'elle est plus âgée)

183

* Député, vice-président du Conseil Général de la Vienne s'entretient avec Pierre-Jean Lancry, directeur du CREDES.

et à un certain nombre d'autres variables. Compte tenu de ce que représente, pour la France entière, l'hôpital public en termes de consommation médicale totale (230 milliards de francs en 1993), mettons que le Poitou-Charente ait droit à 10 milliards de francs en fonction de ces différents ratios. Supposons que, parce que les élus ont considéré qu'il était nécessaire de maintenir un maximum de structures de toute nature un peu partout dans la région, le budget effectif du Poitou-Charente ne s'élève pas à 10 mais à 10,5 milliards de francs. Il serait donc logique de trouver cinq cent millions de plus. On pourrait imaginer que ce dépassement par rapport à l'enveloppe « normale » soit payé, ou bien directement par les collectivités locales de la région, ou bien indirectement sous forme de majoration du taux de cotisation assurance-maladie, décidée par ceux-là même qui ont opté pour la répartition particulière de l'offre de soins.

P.-J. Lancry : Vous avez parlé du rôle des présidents de conseil d'administration des hôpitaux et des conséquences des votes des budgets. Restons dans le domaine de l'hospitalisation. De nombreux observateurs pensent qu'il y a environ 10% de capacités hospitalières en trop actuellement en France. Comment au niveau local, alors qu'on peut avoir conscience de la nécessité de fermer des lits, rendre effectif une telle décision ? Parce que, les économies auront lieu non pas si on « ferme des lits » mais si on ferme des services, voire des hôpitaux. Quel est le rôle des collectivités locales face à un problème de ce type ?

184

J.-Y. Chamard : D'abord, on dit partout qu'il faut fermer des lits. Comme vous venez de le dire, la vraie difficulté concerne la réduction du personnel. Ainsi, il ne suffit pas de faire passer le nombre des hospitalisés de 1000 à 500 en 5 ans pour retrouver un équilibre si, dans le même temps, le nombre de salariés de l'hôpital ne bouge pas. Du point de vue de la responsabilité d'un élu local, par exemple un maire président du conseil d'administration d'un hôpital, celui-ci est très mal placé pour prendre des décisions qui auront comme conséquence, au moins en apparence, de réduire l'emploi dans sa commune, même si cette réduction s'accompagne d'un transfert de cet emploi vers une commune plus importante ou une structure hospitalière mieux adaptée.

On comprendra donc que je sois défavorable à l'octroi de la présidence des conseils d'administration à des élus. J'ai même fait voter par l'Assemblée Nationale un amendement en ce sens qui, hélas, n'a pas été retenu ensuite par la Commission Mixte Paritaire. Je crois qu'il n'y a aucune raison que ce soit l'élu qui assure la présidence, sauf si on le responsabilise financièrement. A l'heure actuelle, il n'y a pas cette responsabilité financière; ce n'est pas parce que le maire préside que la commune paye. Il a en

fait les « avantages » de la présidence sans en avoir les « inconvénients ». Ces derniers consistent parfois à devoir prendre des mesures difficiles.

Comment avancer en matière de restructuration ? Je suis très favorable à ce qu'on rassemble autour d'une même table les présidents de conseil d'administration et les autres responsables départementaux et régionaux, afin qu'ils réfléchissent ensemble à la répartition la plus efficace possible, en termes de rapport qualité/prix, de l'offre de soins.

Reste le problème des urgences. On sait que les populations sont très sensibles à la présence de services d'urgence efficaces. Prenons le cas de l'urologie par exemple : il y a peu d'urgences urologiques graves et il n'y a pas lieu d'avoir un service d'urgence urologique dans chaque structure hospitalière. En revanche, une consultation avancée d'urologie dans un hôpital est une bonne chose. Si ensuite, il doit y avoir une intervention chirurgicale, il suffit de se déplacer vers un hôpital plus important. Une telle démarche est raisonnable, moins coûteuse et devrait être aisée à mettre en oeuvre. Toutefois, si cette restructuration a pour conséquence de réduire l'emploi, des blocages apparaîtront...

P-J. Lancry : Prenons un cas précis d'intervention des collectivités locales dans le domaine de la santé : le dépistage du cancer. On parle de généralisation des programmes de dépistage du cancer du sein en France. Si cela relève du Conseil général, qu'est-ce qui garantit la pérennité de la réalisation d'un programme ? En effet, la première année, du fait de la bonne image d'une telle opération auprès du public et sans doute de sa « rentabilité » politique, le Conseil général va participer financièrement au dépistage. Mais les autres années, si le Conseil a d'autres objectifs, il va engager des dépenses dans d'autres domaines alors, qu'une fois le programme lancé, il faut en assurer la durée. Par conséquent, le fait que les objectifs des décideurs locaux ne soient pas des objectifs de long terme, ne pose-t-il pas un problème de gestion des actions de santé ?

185

J-Y. Chamard : Je ne suis pas d'accord pour dire que les élus locaux sont incapables d'avoir une vision à long terme. Un élu local est mieux assuré, qu'un ministre par exemple, de la pérennité de son action. Les mandats d'un Conseiller Général durent en moyenne 15 ou 20 ans. Un Président de Conseil Général a évidemment une vision à long terme dans la mesure où il a la durée et le temps devant lui. Cela veut dire que, si on mettait à la charge exclusive des Conseils Généraux tout ce qui est dépistage sur le cancer, je vois mal les conseils abandonner cette activité. Cependant, vous noterez avec moi que l'essentiel de la prévention est réalisé au quotidien par les médecins libéraux, par les hôpitaux, etc.

Je crois plus à une action de sensibilisation simultanée de la population

et éventuellement des médecins. Cette action de prévention pourrait être éventuellement financée par les Conseils Généraux. Par exemple pour le cancer du sein, le Conseil Général pourrait se charger de la promotion du dépistage en rappelant d'ailleurs au passage les « bonnes » pratiques concernant la fréquence et l'âge. Que le Conseil Général fasse passer ce type d'information peut être très efficace en termes de santé publique, car il peut rassurer des gens qui ont peur et qui voudraient aller au delà de ce qui est raisonnable. Les médecins, leurs organisations professionnelles, les facultés de médecine, diffusent la même information du côté des praticiens et ce, de manière remarquable. Je crois à l'efficacité pédagogique d'une telle diffusion de l'information médicale.

P-J. Lancry : Permettez-moi une dernière question sur l'information. Croyez-vous que les collectivités locales peuvent avoir un rôle particulier à jouer dans la connaissance épidémiologique ou économique de la santé ?

J-Y. Chamard : Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) peuvent jouer un rôle important. Ils sont encore peu connus, leur efficacité est en train de monter en charge et là effectivement, on devrait avoir un bon outil qui permettra notamment de détecter les très grandes disparités d'une région à l'autre. Je serais très favorable à ce que les français soient informés des différences de dépenses médicales existant d'une région à l'autre. Il faut savoir par exemple, que pour la biologie, la consommation par habitant peut varier de 1 à 3. Avec les ORS on dispose d'une structure potentielle intéressante mais le financement est mal assuré car les collectivités locales qui aident les ORS ne se sentent pas responsables. Ces structures me paraissent une bonne façon de collecter l'information puis de la faire remonter.

L'élu qui est président d'un conseil d'administration d'hôpital devrait avoir une formation en économie de la santé et une information sur les dépenses de santé, toutes choses dont il ne dispose pas actuellement. La plupart des maires, parce qu'ils n'ont pas de responsabilité financière directe, n'ont pas idée que dans leur ville, l'hôpital est plus ou moins dépensier dans tel ou tel secteur. Mais l'hôpital le sait-il lui-même ? Bien sûr, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) existe depuis 10 ans, mais il est encore insuffisamment performant, même s'il a réellement progressé ces toutes dernières années. Je suis favorable au financement partiel d'organismes qui ont pour but une meilleure connaissance des dépenses et des consommations médicales. Mais il faut qu'il y ait un « retour », en ce sens que si on distribue des fonds pour disposer de l'information, celle-ci doit être restituée de façon compréhensible aux décideurs et à la population.

P.-J. Lancry : On ne peut faire des « retours » d'information que si l'interlocuteur comprend le langage employé par ceux qui ont réalisé l'étude.

J.-Y. Chamard : Au niveau d'un département, il y a l'administration et les élus. Dans l'administration, il y a des directions des affaires sociales départementales qui doivent recruter des compétences en la matière. Si on trouve qu'il n'y a pas suffisamment d'interlocuteurs formés, je serais très favorable à la mise en place de mesures tendant à intensifier la formation de ceux qui, au niveau de l'administration locale, vont s'occuper de ces questions.

Il est évident qu'on ne prend de bonnes décisions que si l'on dispose d'une information suffisamment fine. Mais l'information peut être disponible et ne servir à rien quand on n'a pas au départ la formation suffisante. Il est possible, sans gréver lourdement les budgets, de former par département quelques personnes en économie de la santé, afin qu'elles comprennent les principaux enjeux.

N'oublions pas que le budget sanitaire et social d'un département c'est la moitié du budget total de fonctionnement de ce département. Par exemple, la Vienne, département de taille modeste, a un budget annuel sanitaire et social de 350 millions, et la formation pendant une année d'une personne à l'économie de la santé ne pose pas de difficulté. Pour ce qui est de la formation des élus, le problème est tout autre. On ne leur demande pas avant de se présenter à des élections d'être formés. Je pense qu'il faudrait que les présidents des commissions sociales ou éventuellement les présidents des commissions des finances, dont je suis, reçoivent une formation. N'oublions pas qu'ils sont amenés à contrôler l'usage de sommes importantes. Une formation à la décision en matière de santé nous serait utile. Ici encore, on peut imaginer une formation légère et rapide de telle sorte que l'élu puisse déchiffrer les informations qui lui parviendront, car on ne lit pas une information qu'on ne comprend pas.

187

Pour conclure, je dirai que les dépenses de santé sont des dépenses d'intérêt national. Contrairement à certains types d'assurances pour lesquelles on paie en fonction du risque encouru, l'Assurance maladie est une dépense de solidarité. C'est bien pour cela que je suis favorable à ce que progressivement, son financement actuellement fondé sur l'emploi soit modifié, au profit probablement de la Contribution sociale généralisée (CSG). Il n'est pas question de réaliser une telle évolution du jour au lendemain : 500 milliards représentent plus de 10 points de CSG, et on ne doit pas aller trop vite afin d'éviter l'émergence de problèmes politiques et syndicaux évidents qui ne manqueraient pas de se produire.

Les collectivités en général et les départements en particulier agissent de manière marginale dans un certain nombre de domaines de la santé (j'exclus bien évidemment la Protection Maternelle et Infantile qui est de leur pleine responsabilité). Elles ont pour rôle de financer les cotisations d'assurance maladie des personnes qui ne sont pas assurées compte tenu de leur situation individuelle. On appelle cela l'aide sociale, institution qui doit être conservée tant qu'on n'aura pas mis en place un mécanisme universel qui protège tous les français, chacun de nous payant par la CSG ou toute autre voie des sommes qui permettront la couverture maladie. Dans un temps intermédiaire, on peut imaginer que les départements jouent un rôle de substitution.

Toutefois, une forte implication des collectivités locales dans le domaine de la santé ne me paraît pas possible en France, ou alors il faut inventer un système totalement différent, composé par exemple de Caisse Régionales d'assurance maladie autonomes et complètement indépendantes les unes des autres. Une telle organisation me choquerait en termes de financement parce que Rhône-Alpes est beaucoup plus riche que Poitou-Charentes. Va-t-on alors mieux se soigner en Rhône-Alpes qu'en Poitou-Charentes ? Il n'en est pas question. Le prélèvement financier doit être national, même si l'on peut imaginer des affectations et des décisions régionales, et le cas échéant, le vote d'un complément. Il conviendrait d'imaginer aussi le cas où on dépense moins que prévu parce que, de temps en temps, c'est quand même une bonne chose. Si dans une région, on dépense moins que prévu dans le cadre de ce que je viens de citer, ce qui reste devrait être partagé en trois parties qui ne seraient pas nécessairement égales : une partie reviendrait à l'assurance-maladie, puisque les sommes prélevées n'ont pas été dépensées, c'est d'autant moins qu'on aura à prélever l'année suivante. Une autre partie irait par exemple à des équipements utiles ou à de la prévention, et une troisième partie d'intérêt reviendrait à ceux qui ont fait en sorte que le rapport qualité/prix soit le meilleur. J'entends par là non pas les élus mais bien évidemment, les professionnels.