

Décentraliser et dés-administrer la santé



**Agnès
VERDIER-MOLINIÉ,**
Directrice
de la Fondation iFRAP

Les masques tombent. La France se targuait d'avoir le meilleur système de santé au monde. Elle dépense d'ailleurs plus que la moyenne européenne : 11,2% du PIB contre 9,8... Avec la crise sanitaire, les masques sont tombés. Notre système n'est pas meilleur que celui des pays comparables. L'Allemagne, qui dépense chaque année 15 milliards d'euros de moins pour l'hôpital par rapport à la France a accueilli dans ses établissements hospitaliers des malades Français et elle offrira même le coût de ces soins à la France. Ces derniers mois nous ont permis d'y voir plus clair sur les failles de notre modèle : trop centralisé, trop administré, trop bureaucratique, trop renfermé sur un hôpital rigidifié. Pour y remédier, il va falloir décentraliser, moderniser et dés-administrer la santé en recentrant sur la médecine de ville et en baissant les coûts de gestion. Pour cela, il faudra nécessairement faire bouger les mastodontes que sont la CNAM et le statut à vie des agents hospitaliers, et donner plus de pouvoir aux régions.

La santé en France c'est 275 milliards d'euros, 211 milliards sont financés par la Sécurité Sociale soit les $\frac{3}{4}$ de la dépense et 14 milliards par l'Etat et les collectivités (essentiellement recherche, prévention, formation) soit 5% du total. Le reste est payé par les régimes complémentaires santé pour 35 milliards, soit un peu moins de 13% du total, et les ménages enfin pour 15 milliards. Les derniers chiffres de la Drees indiquent que la France s'illustre avec l'un des restes à charge pour les ménages les plus faibles d'Europe.

Depuis plus de 20 ans, l'Ondam, la norme de dépense de l'Assurance maladie, est passé de 90 milliards d'euros en 1997 à plus de 200 milliards d'euros pour 2020. Il est en théorie le levier pour parvenir à faire des économies. C'est ce qu'on appelle la maîtrise médicalisée des dépenses de santé mais dont les effets

sont limités selon la Cour des comptes. Mais la tentation de l'Etat est d'appliquer une méthode de rabout là où ses propres services seront le moins mis à contribution, ce qui a conduit aux délocalisations de l'industrie du médicament et au désenchantement des professionnels de santé. Au contraire, la bataille de l'efficacité se joue sur le terrain par l'évaluation.

L'année 2020 sera marquée par un déficit exceptionnel de 30 milliards d'euros en 2020, avec une hausse des dépenses d'assurance maladie de 8 Mds € et une chute des recettes de cotisations sociales (12 Mds €). Mais ce brutal accident de parcours se situe dans un contexte de déficit récurrent plus inquiétant. Le déficit oscillant ces dernières années entre -6,8 et -3 milliards.

Double centralisme Ministère-ARS / CNAM-CPAM

Un déficit structurel donc alors même que l'administration qui se penche sur la gestion de la santé est pléthorique en France : le site du ministère des affaires sociales s'appuie sur 14 directions nationales dont les puissantes directions générales de la santé, de la Sécurité sociale, et de l'offre de soins. Le ministère s'appuie également sur de nombreux opérateurs, instances rattachées, et partenaires, compétents en matière de pilotage et d'évaluation du système sanitaire.

En aval, on trouve les 18 Agences régionales de santé (ARS), représentants du ministère de la Santé et les 102 caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM), représentantes de l'assurance maladie qui gèrent la médecine de ville.

Les agences régionales de santé chargées de coordonner l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention). Elles sont la fusion

des représentants de l'Etat (agences régionales d'hospitalisation, DDASS et DRASS), et d'une partie des représentants de l'assurance maladie (caisses régionales d'assurance maladie, régime social des indépendants et de la MSA). Ce sont des établissements publics, autonomes, dont le **directeur général est nommé en Conseil des ministres** et qui dispose de larges compétences. Leur travail est coordonné par le conseil national de pilotage (CNP) des ARS qui fixe leurs objectifs, la gestion de leurs moyens financiers et humains. Le lien avec le ministère central reste donc très fort.

Aux côtés du directeur de l'ARS, le Conseil de surveillance est présidé par le préfet de région, ce qui illustre là aussi la tutelle de l'Etat. Ce conseil approuve le compte financier mais émet seulement un avis sur le projet régional de santé. Idem en ce qui concerne son financement, qui est assuré par une subvention de l'Etat et des contributions de l'assurance-maladie. Si des subventions régionales abondent certaines de ses actions, les collectivités restent encore trop peu associées. La prochaine loi dite 4D devrait faire une plus large place aux élus dans les futurs conseils d'administration des ARS. Mais pour l'instant le préfet conserverait la présidence.

Concrètement, les ARS attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques ainsi que des structures pour personnes âgées ou handicapées et dépendantes. D'après Frédéric Bizard, économiste de la santé, pour les ARS il ne s'agit pas de gérer l'offre de soins au niveau local mais plutôt d'appliquer les directives de l'Etat central. L'Etat se sert de ces bras armés dans les territoires pour s'assurer que l'hôpital reste en dehors du champ concurrentiel¹. C'est ce qui s'est produit à l'hôpital de Longué-Jumelles où tous les protagonistes locaux s'étaient accordés pour que l'établissement devienne privé avant que le ministre ne tranche en décidant qu'il demeurerait public. Cela est aggravé par la composition des ARS avec beaucoup d'anciens de l'hôpital public.

C'est sans compter sur le pilote bis que constitue la Cnam. Avec ses 2.200 salariés dans son seul organisme de tête, et ses 70.000 salariés dans ses branches locales (la moitié des effectifs de la Sécurité sociale²), la Cnam joue un rôle considérable dans la politique de santé française.



Son influence est décisive sur la structure du système de soins français : négociant avec les médecins et les autres professionnels libéraux leurs tarifs, élément capital de l'attractivité des différents modes d'exercice de ces professions. Les montants financiers qu'elle traite, la taille, l'expertise et la stabilité de ses équipes, la rendent incontournable, éclipsant les capacités du ministère en matière de médecine de ville.

Au total, ces déclinaisons locales ne constituent pas en réalité une organisation décentralisée où les élus pourraient avoir leur mot à dire, comme en Allemagne. Les différents acteurs collaborent difficilement entre eux et voient leur action directement pilotée depuis Paris. La santé se retrouve donc sous le double pilotage de la Sécurité sociale et de l'État chacun avec sa vision en silos sur son domaine de compétence, et sans que les collectivités, au premier chef, les régions n'aient leur mot à dire.

Contrairement à d'autres régions d'Europe, les régions françaises n'ont pas la compétence santé et leurs dépenses à ce titre représentaient 50 millions d'euros en investissement et 150 millions pour le fonctionnement en 2018³. En volume, l'engagement des régions, était donc, jusqu'à cet épisode du Covid, relativement modeste. Mais la prochaine loi de décentralisation doit acter un

1/ Politique de santé, réussir le changement, F. Bizard, Dunod

2/ Rapport emploi Uncanss 2017

3/ Et encore sur les 150 millions, 100 millions relèvent de l'action sociale à proprement parler, dont une grande part en Corse (cette compétence étant assumée par les départements dans les autres régions)

réel de transfert de compétences, réclamé par les élus et les citoyens.

L'hôpital public et son statut, symboles de la sur-administration française de la santé

Selon la classification par fonction des dépenses de santé proposée par l'OCDE, les dépenses hospitalières représentaient 28% des dépenses de santé en Allemagne contre 38% en France. Soit 1.487 euros contre 1.264 euros en Allemagne en euros par habitant. La forte centralisation du système de santé français a consacré au fil des réformes la place de l'hôpital public et conforté le statut de la fonction publique hospitalière. Mais la part des dépenses qui y est consacrée n'est pas synonyme de performance et l'édifice est de plus en plus en difficulté à réformer.

Les hôpitaux publics sont des organismes complexes employant plus d'un million de personnes et disposant de recettes totales de plus de 80 milliards d'euros par an.

Les dépenses de personnel des établissements publics représentaient 47 milliards d'euros en 2017. Une partie de la crise récurrente des hôpitaux publics provient du carcan statutaire de la fonction publique hospitalière. Le poids du statut se traduit tout d'abord dans les effectifs à l'hôpital. La fonction publique hospitalière (FPH) emploie 1,2 million d'agents, soit 22 % de l'emploi public où la filière soignante est logiquement largement majoritaire.

Mais les filières techniques et administratives emploient chacune près de 12 % de l'ensemble des personnels non médicaux des hôpitaux. Entre 1998 et 2017, la fonction publique hospitalière a cru de 30%.

La France est le pays où la part des emplois hospitaliers dans l'emploi total est la plus élevée : 5% et où plus du tiers de ces effectifs sont des agents administratifs, techniques ou de services alors que ce pourcentage se situe plutôt autour de 25% en Espagne, en Allemagne ou en Italie.

La fonction publique hospitalière a une durée effective du travail pour un temps complet qui se situe à 1.598 heures⁴. Dans une publication un peu ancienne le temps de travail des infirmières en France semble se situer en dessous du temps

de travail pratiqué dans d'autres pays européens. Différents blogs infirmiers attestent, d'ailleurs, d'un écart de temps de travail qui persiste si on compare par exemple avec l'Allemagne.

Au total l'hôpital public français ne manque pas de ressources mais d'une organisation plus coopérative et plus efficace. Le remarquable élan du printemps où l'improvisation et le dévouement ont difficilement contenu les problèmes est un signal d'alerte et ne doit pas conduire au statu quo. En sortie de crise, le gouvernement a lancé le Ségur de la santé, un cycle de discussion centré autour des revendications salariales à l'hôpital. Mais cet exercice qui devait aussi aboutir à « redonner de l'agilité au système de santé » s'est transformé en un énième plan de mesures autour de l'hôpital public. Augmenter les salaires des infirmières ne suffira pas à résoudre la crise.

Le mal-être persistera tant que les hôpitaux n'auront pas gagné en autonomie et responsabilité en alignant leur statut sur celui des hôpitaux privés non lucratifs et en s'attaquant à la rigidité du statut de la fonction publique hospitalière (FPH), qui empêche de moduler les carrières selon les besoins et les compétences. Il est nécessaire que les conseils d'administration dans les hôpitaux puissent agir sans attendre les règles édictées au ministère.

Mais ce n'est pas tout. Il est tout aussi nécessaire de casser les logiques de silo et d'encourager les coopérations entre privé et public, entre médecine de ville, hôpital et Ehpad. Pour cela, c'est à la bureaucratisation du système de soins qu'il faut s'attaquer avec un meilleur pilotage du système de santé, une décentralisation accrue vers les régions, une véritable évaluation des soins grâce aux données de santé, plus d'autonomie et de responsabilité pour les hôpitaux publics. Au total 20 milliards € d'économies seraient possibles sur la dépense globale de santé en augmentant la qualité du parcours de soin et la prise en charge. A condition de le vouloir, de ne plus dénigrer la médecine de ville et les cliniques privées et de sortir de la vision technocratique de la santé qui est celle de la CNAM et des ARS.

Un long chemin reste à parcourir. ■

⁴ La durée annuelle effective inclut toutes les heures travaillées dans l'emploi principal lors d'une semaine de référence, y compris les heures supplémentaires rémunérées ou non