

Les départements

Acteurs de santé publique ?

L'intervention des départements en matière de santé publique repose sur les textes organisant les transferts des compétences.

Aux traditionnelles missions en matière de vaccination publique, prévention et dépistage des maladies sexuellement transmissibles, du cancer, de la tuberculose et même de la lèpre, on doit ajouter les missions exercées par les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile, les actions de dépistage en milieu pénitentiaire.

Enfin, il convient de ne pas oublier, à travers les pesantes (bien qu'en cours de rénovation) procédures d'aide médicale, le rôle des départements dans l'accès aux soins des personnes démunies. L'action gérontologique et les développements à venir y tiennent également une place.

La pertinence des réseaux : les départements à leur place

Évaluer le rôle d'un acteur en matière de santé publique revient à établir dans quelle mesure il est reconnu comme légitime dans ses moyens d'intervention (collecte et analyse de l'information, moyens mis en œuvre sur le plan technique et humain, densité de la présence sur le terrain) et susceptible de contribuer à un rapprochement des acteurs.

Sur le fondement de ses critères, la dévolution aux départements de l'exercice des compétences en matière de protection maternelle et infantile (PMI), paraît correspondre à un positionnement pertinent des Conseils généraux.

Parce que les départements gèrent la collecte des certificats de santé postnataux et leur analyse, les certificats de décès infantile, la vaccination ; parce qu'ils mettent en œuvre avec un maillage fin sur le territoire départemental des professionnels compétents en relation constante avec les autres professionnels des Conseils généraux en charge de l'aide sociale

à l'enfance et du service social départemental, notamment sur la protection de l'enfance en danger ; parce qu'ils agréent, contrôlent les divers modes de garde de la petite enfance, les départements ont pu se constituer leur propre légitimité, fournissant une contribution essentielle au traitement, en termes de santé publique, des problèmes médico-sociaux liés à la périnatalité et à la petite enfance.

Cette légitimité s'est aussi forgée à travers leur place dans le réseau des principaux intervenants du secteur.

Avec les hôpitaux, les centres d'aide médico-sociale précoce (CAMSP), les écoles maternelles, les structures de gardes et parfois avec les professionnels libéraux, les relations établies permettent de considérer ici les départements comme des acteurs à part entière.

C'est ainsi qu'est évoqué de plus en plus comme possible le rattachement des services de santé scolaire aux Conseils généraux.

Le fait même que le principe d'un tel transfert puisse être envisagé constitue une forme de reconnaissance du rôle effectif joué par la PMI.

La pertinence du rôle joué par les départements peut également apparaître à travers des missions au contenu plus administratif mais dont le fond est essentiel en termes de santé publique dès lors qu'il s'agit, en l'occurrence, de l'accès aux soins des populations démunies.

Aujourd'hui, l'aide médicale est appelée à jouer un rôle important comme « mutuelle des plus démunis ».

C'est à partir des expériences menées à partir de 1989 dans plusieurs départements (cartes santé pour les bénéficiaires du RMI notamment) qu'a été promulguée la loi du 29 juillet 1992 modernisant en profondeur l'aide médicale dans ses procédures, l'améliorant dans les modalités d'ouverture des droits, élargissant le champ des prestations couvertes, développant la couverture sociale de base (assurance personnelle des jeunes de 18 à 25 ans).

Là encore le réseau de santé publique existe : les communes, lieu de dépôt privilégié des dossiers, échelon de proximité, le département gestionnaire des droits et ses équipes de travailleurs médico-sociaux pouvant orienter le bénéficiaire dans ses demandes et dans une meilleure prise en compte de sa santé, les professionnels de santé, les caisses de sécurité sociale gestionnaires des paiements par convention ; l'ensemble permettant une action cohérente.

Cette réponse, suite des rapports Oheix, Wrezinski et Revol, était socialement nécessaire en même temps qu'elle répond à une exigence de prévention sanitaire (il faut se rappeler qu'avant cette loi, hormis les cas d'urgence, il fallait que le demandeur prouve son besoin de soins par un état de maladie dûment consta-

té !).

Ces deux exemples sont caractéristiques de la capacité des collectivités départementales à intervenir en santé publique. Ici les conseils généraux sont positionnés de façon compatible avec la gestion d'actions de proximité, mettant en œuvre un savoir-faire spécifique, légitimés dans un rôle essentiel vis-à-vis des divers partenaires.

Tel n'est cependant pas toujours le cas.

La santé morcelée : de la gesticulation au désengagement

Les compétences institutionnelles des départements se trouvent également dans la prévention et le dépistage de la tuberculose, des MST, du cancer. Pour ces deux premières pathologies, cette mission s'exerce en outre dans les établissements pénitentiaires.

Dans le dispositif français de santé publique, quelle justification, autre que celle édictée par la tradition administrative, peut-on aujourd'hui trouver à une intervention, supposée efficace, des départements dans ces domaines ?

S'agissant de la prévention et du dépistage de pathologies qui pèsent lourd (voir la recrudescence de la tuberculose) du point de vue sanitaire, économique, social, les départements sont virtuellement hors course.

En effet, le réseau de santé publique peut mobiliser des moyens autrement considérables et (pourquoi pas ?) efficaces. L'État, l'assurance maladie (avec notamment le fonds national de prévention), les structures hospitalières, le Comité français d'éducation pour la santé et ses relais locaux, les professionnels de santé mettent en œuvre des ressources humaines, techniques, financières et de communication qui sont susceptibles d'irriguer le tissu social du plan national au plus petit niveau de proximité, abstraction faite du rôle — minime — dévolu aux départements.

Ce ne sont pas les capacités intrinsèques des départements qui sont en cause, c'est plutôt le caractère artificiel de la répartition des compétences en matière de prévention sanitaire.

D'un côté, ces missions pour les départements, de l'autre, pour l'État, l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida.

Or la tuberculose est aussi une affection opportuniste du sida, le sida est aussi une MST, l'alcoolisme est aussi cause de cancer...

À la confusion peut alors s'ajouter la disproportion des moyens entre les uns et les autres. D'où les risques de gesticulation ou de désengagement de la part des départements.

Gesticulation il peut y avoir, tout comme il peut y avoir gesticulation de la part d'un État sur la scène

internationale : on montre que l'on existe, puisque l'on n'a pas les moyens réels d'agir.

Le contenu de ces gesticulations départementales n'est pas nécessairement à remettre en cause, pas plus que leur portée politique locale ; ce qui est en question, c'est leur portée en termes de santé publique c'est-à-dire de réponse globale en matière d'observation et de surveillance, de prévention, d'organisation des soins.

Quelle en est la cohérence, quelle en est la portée, faute d'une implication plus grande des autres partenaires, ou lorsqu'il existe un risque de contradiction ou d'absence de suivi par rapport à des actions de portée nationale ?

Au-delà des gesticulations, le désengagement peut également se manifester là où notamment les départements ont le sentiment de n'exercer leur mission que « pour ordre ».

C'est le cas notamment en matière de dépistage de la tuberculose ou de MST dans les établissements pénitentiaires. Le récent rapport du HCSP faisant le point sur la santé en milieu pénitentiaire a rappelé les lacunes de son organisation au plan global, y compris départemental.

Sans vouloir à tout prix justifier le peu d'implication des départements dans ce domaine, il est explicable par plusieurs éléments.

L'extrême volatilité de cette population dont les attaches locales sont évidemment aléatoires, l'absence de compétence des départements pour le suivi de ces populations, l'enchevêtrement des compétences administratives, la non-maîtrise des informations épidémiologiques.

Si les départements peuvent ici participer à une mission de santé publique, c'est plus sur le registre de la couverture médicale complémentaire (aide médicale). Le rapport du HCSP le rappelle.

Enjeux financiers et légitimité : les conditions d'une action pérennisée des départements en matière de santé publique

En cette période où les finances publiques connaissent de grandes difficultés, il semble que l'on ait recours facilement à la politique du « mistigri », en matière d'exercice des missions et des financements y afférents.

Si ce jeu est en quelque sorte « naturel », il ne doit pas empêcher d'appréhender un certain nombre de données.

Parmi celles-ci, la légitimité de l'intervention des départements par rapport au réseau dans lequel ils évoluent et leur rôle doit amener à poser la question de la réintégration dans la sphère « nationale » des missions de prévention et de dépistage, hormis ce qui

touche à la PMI et à la petite enfance. Lorsque l'on sait que ces missions engagent actuellement moins de 2 % des 60 milliards que consacrent les départements à leur action sociale, on voit que l'enjeu financier n'est pas à la hauteur des gains de « productivité » que l'on pourrait en escompter pour la santé publique.

Positionner les départements sur le volet sanitaire de l'enfance et de la jeunesse est susceptible de constituer une mission en soi, pour laquelle les départements sont bien placés et bien « outillés ».

La question de l'aide médicale et ses enjeux a été déjà évoquée. Sa dimension financière doit en être mesurée par anticipation pour garantir la pérennité du système et l'égalité des plus démunis sur le territoire, pour éviter la trop fameuse « médecine à deux vitesses » voire à trois vitesses, si des inégalités entre départements se développent.

L'aide médicale est financée sur une assiette locale - la fiscalité locale - et les budgets locaux, présentés en équilibre, ajustent en matière de dépenses obligatoires d'aide sociale, leurs dépenses par l'impôt, département par département.

Or si les difficultés sociales perdurent, si l'assurance maladie réduit son niveau de couverture, si les couvertures complémentaires se renchérissent (ces trois « si » n'étant nullement hypothétiques), les départements auront le plus grand mal à équilibrer en temps réel de telles dépenses alors croissantes.

L'assurance maladie n'équilibre pas ces dépenses-recettes au plan local, « l'équilibre » se réalise au plan national, les organismes de couverture complémentaire équilibrent par une hausse des tarifs ou une diminution des prestations, les départements équilibreront par l'impôt, car on voit mal comment, s'agissant de personnes très démunies, ils pourront arbitrer sur la dépense.

Quid alors des départements où la précarité (chômage, RMI) est forte, où la part des personnes âgées à faible revenu (agriculteurs notamment) est grande, où la densité médicale est forte ?

Le problème est, à terme, de taille si l'on veut éviter que la couverture sanitaire des populations fragiles, essentielle en termes de santé publique, ne fasse l'objet d'arbitrages régulateurs trop aveugles.

Ces enjeux seront retrouvés à l'identique dans un domaine où l'action des départements a d'ores et déjà toute sa place et qui fera l'objet d'un prochain débat parlementaire : la prévention de la dépendance, l'accompagnement de celle-ci, et l'action gérontologique.

Seule une clarification durable des « règles

jeu » permettra aux départements de continuer à jouer un rôle actif.

Thierry DIEULEVEUX

Membre de l'IGAS,

Directeur général-adjoint,

chargé de la solidarité départementale,

Conseil général de l'Hérault