



Entretien
30 mars 2021

Afin d'alimenter la réflexion sur les questions de territorialisation en santé, LISA conduit des entretiens avec un certain nombre de personnalités. Cinquième de cette série : Marc Bourquin.



Marc BOURQUIN

Marc Bourquin est conseiller stratégie à la Fédération hospitalière de France (FHF). Cette structure représente plus de 1000 hôpitaux et environ 3800 établissements médico-sociaux. Marc Bourquin a également travaillé au sein de l'Agence régionale de santé d'Ile de France, en tant que directeur du pôle médico-social.

On parle beaucoup des défaillances du système de santé qu'aurait révélées la crise. Quelles faiblesses du système de santé français ont pu être révélées par la crise sanitaire selon vous ?

Mon avis ne correspond pas forcément à ce qui a été diffusé dans les médias. Je pense qu'aucun système n'était préparé à faire face à ce qu'il s'est passé. La question des défaillances ne peut pas porter sur le fait qu'il n'y avait pas de traitement, il s'agit là de l'état d'avancée de la science. Peut-on parler de pertes de chances, en raison de l'absence d'organisation ou de capacité du système, ? Cela n'est pas vrai. Personne n'aurait pu éviter ça : on ne peut pas tripler le nombre de lits de réanimation

quasiment du jour au lendemain sans que cela pose de graves difficultés ; on ne peut pas non plus avoir trois fois plus de lits de réanimation en permanence, avec des gens qui attendent une pandémie.

Le système a tenu, il ne s'est pas effondré, notamment dans les EHPAD. En France, des choses terribles se sont passées par endroit, mais le personnel soignant n'a jamais baissé les bras. Cette crise a aussi montré la capacité rapide d'adaptation et la résilience des acteurs. En témoignent le transfert de patients entre territoires en quelques jours, ou l'augmentation des capacités de réanimation.

« Le système a tenu, il ne s'est pas effondré, notamment dans les EHPAD. »

Mais il y a aussi eu des difficultés. Quand vous êtes confronté à un virus que vous ne connaissez pas et quand vous êtes démuni sur le plan thérapeutique, il peut y avoir une forme d'errance. Au-delà des polémiques, et même si on n'a pas encore de médicaments, on sait maintenant que donner de grandes doses d'oxygène ou des anticoagulants peut sauver beaucoup de gens. Aujourd'hui, on maîtrise mieux ce virus et la mortalité moins élevée.

Les dispositifs de protection individuelle ont également posé beaucoup de problèmes, et en particulier les masques. Si on avait gardé les milliards de masques stockés à l'époque de Madame Bachelot, on aurait été moins en difficulté, c'est incontestable et il faudra s'en souvenir et ne pas faire des économies de bouts de chandelles sur ces équipements de base. Contrairement à ce que disent beaucoup de commentateurs - plus dans l'émotion que dans la raison - on ne va pas pouvoir tout relocaliser mais en tout cas il faut se doter impérativement de stocks stratégiques.

On peut aussi critiquer la coordination de l'action publique. Au niveau national, le ministère de la Santé s'est beaucoup impliqué, ce n'est pas le problème. La difficulté vient d'un système de santé multiforme. La gouvernance nationale est divisée entre des administrations centrales (qui ne sont pas pilotées et coordonnées entre elles), un système d'agences et une Caisse nationale d'assurance maladie. Ces acteurs ont souvent des logiques distinctes. On constate alors une perte d'efficacité, qui est un des sujets de fond du système de santé. Sur les territoires, on a regroupé les forces des caisses d'assurance maladie et de l'Etat avec les ARS, qui reçoivent des impulsions de plusieurs instances nationales : la direction de la cohésion sociale, la CNSA, la CNAMTS, la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé.

Cela a des conséquences concrètes. Par exemple, il a fallu deux mois pour élaborer le décret associé à la prime COVID, en raison de la navette entre les institutions. A la sortie, cette mesure générale a suscité une énorme irritation, certains obtenant la prime, d'autres non. On voit ce déficit de mise en œuvre de manière encore plus grave dans les consignes données à chaque opérateur. Ainsi, les informations sur le nombre de masques à donner par lit ou par personnel soignant étaient disséminées dans plusieurs documents - selon le type de service concerné - que les gestionnaires n'avaient pas le temps de consulter. On doit cependant retenir que ce n'est pas de la faute des gens, les acteurs font de leur mieux. C'est un système qu'il faut changer.

Il y a également une véritable lourdeur avec la multiplication des agences : la Haute Autorité en Santé, les comités vaccinaux, etc, font parfois preuve d'une telle prudence et d'un tel formalisme que cela ralentit gravement la prise de décision en situation de crise.

De plus, ceux-ci peuvent avoir des visions divergentes. Les décideurs se retrouvaient donc face à une pluralité de points de vue, ce qui ne leur a pas facilité la tâche. Une proposition de la FHF est l'instauration d'un pilote pour gérer ce système. Le Secrétariat général des ministères sociaux n'en a pas la capacité aujourd'hui. Il faudrait le doter d'un véritable pouvoir d'arbitrage sur les administrations centrales, pour qu'il devienne le relais administratif des orientations publiques et de la décision du ministre. Cela ne signifie pas pour autant que ce fonctionnaire serait plus puissant que le ministre. On retrouve ce système en Grande-Bretagne avec le *National Health Service*, NHS, instance unique qui répond aux injonctions du gouvernement. Cette proposition qui avait été portée par toutes les fédérations au moment de la loi OTSS[1], suscitant un grand scepticisme au niveau des pouvoirs publics, mais sans qu'une argumentation claire soit opposée à cette proposition.

Que pensez-vous plus spécifiquement de la gestion de la crise dans les territoires ?

Les ARS n'ont pas démerité globalement contrairement à ce que disent souvent les médias. Les adhérents que nous avons interrogés nous ont dit que les ARS n'étaient pas parfaites, que leur efficacité était variable, mais qu'elles avaient le mérite d'être présentes. C'était beaucoup moins évident dans la relation avec les départements. Les ARS étant responsables de la dimension sanitaire, il est normal qu'elles se soient mobilisées de plus en plus fortement au fil de la crise. Il y a eu des retards au niveau du secteur médico-social. Par exemple, plus d'une semaine après l'annonce par le ministre de la nécessité de distribuer des masques en quantité suffisante, certaines ARS ont continué à distribuer des masques seulement lorsque des cas étaient recensés. On a mis un certain temps à faire comprendre que c'était une doctrine mortifère : lorsque l'on a des cas, c'est déjà trop tard.

Il faut avoir en tête que la situation est extrêmement différente entre le siège des ARS et les délégations départementales des ARS, mais elle l'est encore plus entre les départements. On retient surtout que les ARS étaient trop loin du terrain. C'est le résultat de la réforme de fusion des régions : certaines sont constituées de 13 départements, et les sièges des ARS ne sont par conséquent plus du tout à proximité. C'est pourquoi il est important de modifier leur fonctionnement interne, en mettant en place une véritable déconcentration du fonctionnement des ARS, avec une délégation de pouvoirs aux délégués départementaux.

Quel est pour vous le rôle des collectivités locales en matière de santé et de soutien à l'autonomie aujourd'hui ? Devraient-elles avoir plus de prérogatives selon vous ?

Si on veut que les collectivités aient plus de prérogatives, il faut bouleverser l'organisation institutionnelle du pays et assumer la décentralisation à la fois des

dépenses et des recettes, et non pas seulement des dépenses. Si, au contraire, on souhaite garder le cadre d'un Etat centralisé, avec une Sécurité sociale nationale, le sujet porte plus sur la définition du « qui fait quoi », notamment dans le domaine de l'autonomie, et sur le maintien des compétences conjointes, tant que cela a de la valeur ajoutée.

Je sais bien que beaucoup de départements veulent avoir plus de prérogatives en matière d'autonomie. A ce jour, ce n'est pas la position que nous défendons. Lors d'un sondage, au mois de juillet 2020, auprès de nos adhérents, plus de 60% des personnes interrogées disent vouloir un pilotage par l'ARS, autour de 20% un pilotage conjoint ARS-département, et 5% un pilotage par les seuls départements. Certes, cela s'explique par le fait que les départements ne peuvent pas faire de déficit, alors que l'ARS a donné la prime Covid ou la prime autonomie, mais aussi par le fait que les disparités de politiques et de moyens entre départements sont énormes. Aujourd'hui, nos adhérents ne sont donc pas favorables à la décentralisation. Ils souhaitent travailler avec les autorités, prototyper de nouveaux accompagnements, mais ne veulent pas passer sous le pavillon départemental.

Sur le volet sanitaire, l'idée qu'une collectivité locale puisse piloter le système de santé constituerait une rupture radicale de notre contrat social. C'est le cas dans d'autres pays comme l'Italie ou l'Espagne. Cependant, en Italie, je constate que l'écart de qualité des soins entre les régions est très grand. Est-ce que l'on veut ce type de système ? C'est une question que l'on peut poser. À la FHF, notre réponse est non. Mais cela ne signifie pas que nous ne devons pas écouter la formulation des besoins au niveau territorial. On pourrait par exemple envisager que le conseil de surveillance de l'ARS soit présidé par le président de la région, pas pour décider, mais pour contribuer à la définition des besoins de santé et d'autonomie.

« Les collectivités [...] doivent travailler avec les opérateurs de santé, les usagers, pour construire un projet territorial de santé. »

Cependant, si l'on veut ce type de système, il faut pouvoir le financer. Or cela ouvre la voie à des difficultés majeures en termes d'équité territoriale, à moins que ce ne soit l'Etat qui attribue les moyens nécessaires. Pour moi, le rôle des collectivités est donc plus dans la participation à la territorialisation de la réponse. Replaçons la réponse dans le contexte actuel : on est dans une situation démographique où la poussée du grand-âge va être très forte. Cela va accroître les besoins en soins et en autonomie, avec une progression significative des pathologies chroniques. Donc il faut trouver des solutions qui permettent à la fois de maintenir un système de santé solidaire et d'équilibrer les comptes. Il faut alors trouver des outils organisationnels et tarifaires pour infléchir la mortalité évitable et les pathologies chroniques, telles que le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, etc. en jouant sur les conditions d'apparition de ces pathologies et en les maîtrisant une fois qu'elles sont survenues. C'est-à-dire qu'il faut trouver une autre manière d'accompagner les patients et les personnes âgées et en condition de handicap, en évitant de les hospitaliser et développer massivement la prévention primaire. Cela suppose la mise en place d'une stratégie de prévention de territoire, c'est ce qu'on appelle la responsabilité prévisionnelle. C'est ici que le rôle des collectivités est primordial : elles doivent travailler avec les opérateurs de santé, les usagers, pour construire un projet territorial de santé.

Sur le volet autonomie, les deux instances, ARS et Conseil Départemental, doivent accorder leurs partitions. Il existe bien aujourd'hui une instance de coordination des politiques publiques, mais malgré une volonté de coopération, on aboutit à la création de documents différents d'un côté et de l'autre. Il faut donc réussir à mettre en place une programmation conjointe ARS-Département, avec une cosignature par le président de l'ARS et le président du Conseil Départemental. C'est nécessaire pour que la CNSA, principal financeur national, accorde des moyens pour mettre en œuvre le projet. Il faut imposer que les gens travaillent ensemble.

Comment les financements apportés aux acteurs locaux de la santé peuvent-ils être réorganisés ?

Premièrement, il faut avoir une vision à plusieurs niveaux : ce qui relève des soins doit rester intégralement financé par la branche autonomie. Il faut trouver le moyen de limiter les restes à charge au maximum de ce que les gens peuvent payer. Une revendication de la FHF porte sur les prélèvements socio-fiscaux. Il faut créer de l'équité : par exemple, les EHPAD publics qui accueillent les personnes les plus modestes, qui ont les tarifs les plus contrôlés, subissent des prélèvements sociaux plus élevés que les établissements privés. Il faut que cela change : c'est un principe d'équité.

Le développement de l'emploi et de l'offre suppose par ailleurs l'apport de moyens complémentaires. Il faut trouver des ressources et des recettes : 0,15 points de CSG, soit 2,3Mds€ vont arriver en 2024, mais cela ne va pas suffire. Il faut commencer à s'interroger sur la possibilité de trouver de nouvelles ressources. Les revenus ont peu augmenté, contrairement aux patrimoines. On pourrait alors penser à taxer, même à un taux très faible, les patrimoines pour tout le monde. Cela serait assez indolore mais efficace, vu les masses en jeu (les successions et donations représentent 120mds€ par an et vont continuer à progresser). Par ailleurs, il faut savoir que les patrimoines sont très inégalement répartis. Une mise à contribution du patrimoine serait donc très égalitaire. On pourrait aussi envisager de mobiliser les patrimoines à travers des gages patrimoniaux, en demandant le consentement des usagers au moment de l'attribution d'une aide à l'autonomie (APA), mais dans ce cas, le risque d'auto-exclusion est réel.

En tout cas, les pouvoirs publics doivent sortir d'une logique compassionnelle où tout le monde est d'accord pour créer des emplois dans les ESMS^[2] mais où, faute d'avoir le courage d'apporter une ressource nouvelle, on reste dans une sorte de saupoudrage qui ne satisfait personne.

Il faut aussi poser la question de l'assurance autonomie. Une petite assurance de quelques euros par mois pourrait permettre de capitaliser sur de très longues durées et pourrait apporter un complément de revenu plus tard pour la dépendance. Avec 10 euros par mois pendant 45 ans, on a 700 euros par mois d'aides supplémentaires pendant les années où l'on a besoin d'aide. Pour prendre de telles mesures, il faut plus de courage politique et en finir avec le bricolage.

Concernant la tarification, nous pensons qu'elle doit être faite par les ARS. Pourquoi ? Parce qu'il y a un lien très fort et à renforcer entre les dimensions sanitaire et médico-

social. Il faut que ce soit le même opérateur qui attribue les financements. Une autre question est celle de l'équilibre territorial. Aujourd'hui, les ressources sont très inégalement réparties. Par exemple, la valeur du point du forfait dépendance varie d'un à deux selon les départements. Au contraire, la valeur du point du forfait soin attribué par les ARS ne varie pas. Une différence dans la valeur du point signifie que le nombre de salariés payés n'est pas le même, ce n'est donc pas seulement une question technocratique. Si l'on fait varier la valeur du point pour les soins, on n'aura donc pas les mêmes services partout en France.

Que pensez-vous du report des débats sur la loi Grand âge et autonomie ? Pensez-vous que l'exécutif devrait les remettre au cœur de ses préoccupations ?

Je pense que beaucoup de parlementaires souhaitent avancer sur cette question. Et on doit reconnaître que des choses ont été faites : créer une Cinquième branche à la Sécurité sociale, ce n'est pas rien ! Il faut maintenant remplir cette coquille. La pierre angulaire de ce changement, la revalorisation de la rémunération des métiers de santé, a bien été amorcée. Enfin, on peut noter la relance d'un dispositif d'aide à l'investissement, qui permet d'améliorer à l'avenir les soins de la personne, par exemple par des outils numériques ou la rénovation du bâti.

Mais on est très loin d'une stratégie cohérente en réponse aux besoins à long terme.

Le premier problème est la crédibilité de la parole publique. La loi Grand âge et autonomie était présentée par le président et le premier ministre comme le marqueur sociétal du quinquennat. Pourtant, il y a une contradiction entre les discours du Premier ministre et du Président de la République sur l'importance du Grand âge et l'inaction sur ce sujet, simplement parce que les personnes âgées ne descendent pas dans la rue. Cela donne l'impression d'un discours non engagé, alors que plusieurs rapports ont été élaborés et ont nécessité un travail colossal.

Un deuxième problème concerne l'idée implicite qu'il faut s'occuper en priorité des jeunes, alors que les personnes âgées font aussi partie de la société à part entière ! Si on veut construire une société de la longévité, ce discours opposant la jeunesse aux aînés est mortifère. Il faut faire en sorte que les personnes âgées puissent conserver leur citoyenneté et leurs contacts sociaux, ce qui demande un effort important de la part de la société. De plus, il est faux de dire que les jeunes s'opposent aux vieux ! Si on crée 200 000 emplois dans le secteur de l'autonomie d'ici 2025 et 300 000 d'ici 2030, on pourra créer des emplois pour les jeunes.

Il y a également un problème quantitatif : rien n'est prévu aujourd'hui pour améliorer le volume d'offre. Par exemple, alors que la DREES estime qu'il faut créer 110 000 places en EHPAD d'ici 2030, seulement quelques centaines sont actuellement créées chaque année, et il n'y a pas de mise en chantier pour faire face à la future pression démographique. Rien n'est fait non plus pour créer des emplois. C'est là que les pouvoirs publics ont calé dans la côte. Toutefois, même si cela coûte de l'argent, je défends l'idée que l'on va de toute façon le dépenser, de manière injuste et inefficace. Les personnes âgées vont continuer à embaucher des aides à domicile, parfois au noir. Cela va coûter cher en termes d'abattements fiscaux, de pertes de recettes pour les pouvoirs publics, en termes d'actes non régulés. Le bénéfice sanitaire sera alors

insuffisant, avec des hospitalisations beaucoup plus élevées par rapport aux pathologies chroniques. C'est donc un mauvais choix !

La FHF se battra donc pour que cette loi se fasse. Et même si cela n'est pas possible, on essaiera d'obtenir une amélioration de la prise en charge de l'autonomie via des décrets ou en agissant sur les lois de financement de la Sécurité sociale.

Comment devraient s'organiser selon vous les services de soin au niveau local ?

Il faut fixer un cahier des charges où tous les établissements et services soient financés, et contractualisent avec les pouvoirs publics. Il faut qu'il y ait un minimum, un socle, c'est-à-dire que les services à domicile doivent pouvoir apporter une palette élargie de services et il faut tout faire pour gommer la dichotomie entre établissement et domicile. La FHF préconise de renforcer les ressources, de les coordonner et d'investir dans des technologies pour la modernisation de ces structures. Les outils numériques permettent en effet d'articuler les prises en charge, de sécuriser le domicile, de prévenir les décompensations.

Les EHPAD devraient quant à eux être regroupés pour avoir un minimum de ressources médicales et paramédicales. Il faudrait également diversifier les métiers, renforcer l'accompagnement à la vie sociale et regrouper ces acteurs sur un plan territorial. Il faut aussi travailler sur les questions de management et de diversification des carrières et des compétences, en créant par exemple une vraie carrière pour les aides-soignantes, afin qu'elles puissent rester dans les équipes de soins tout en les manœuvrant. Le rapport Libault préconise également de renforcer les effectifs de 25% d'ici 2025 et d'agir sur les conditions de travail dégradées, qui ralentissent le recrutement et empêchent de conserver les personnes dans les équipes.

Il faut aussi probablement réformer les unités de soins de longue durée. Ce sont des structures sanitaires avec une tarification médico-sociale, qui ne peuvent pas accueillir les personnes qui sont en perte d'autonomie et qui ont besoin de soins en continu. La FHF pense qu'il faut « muscler » les USLD et peut-être en redéfinir le nombre, mais aussi expérimenter des solutions « d'USLD hors les murs » pour les personnes âgées polypathologiques qui sortent de l'hôpital

Propos recueillis par Manon Bergeron et Julie Jolivet le 25 février 2021.

[1] LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

[2] Etablissement et service médico-social