



**Entretien
8 mai 2021**

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



Patrick GASSER

Patrick Gasser est hépato-gastroentérologue, exerçant à Nantes à l'Hôpital du Confluent, et président d'Avenir Spé, syndicat de médecins spécialistes. Il a également été président de l'Union Régionale des Professions de Santé Pays de la Loire.

Comment analysez-vous l'évolution du rôle des collectivités locales et la « posture jacobine » de l'Etat en matière de santé pendant la crise sanitaire ?

Rien n'a changé : l'Etat dirige et décide de toute l'organisation de notre activité. Dans le cadre de la crise sanitaire, la décision de déprogrammation des actes en établissements de soins a été prise essentiellement à Paris. La décision est descendante et appliquée sans discernement par les ARS, le taux minimum appliqué de déprogrammation quelle que soit la région est d'environ 20 ou 30%, avec pour les trois régions les plus en tension 80% d'annulation des actes médico-techniques et chirurgicaux. Lors de la deuxième vague, la déprogrammation reposait sur l'analyse territoriale, aujourd'hui nous sommes revenus à une décision administrative aveugle,

sans discernement. Aujourd'hui, en Pays de la Loire, nous sommes aussi impactés que des régions qui ont des taux de patients en unité de soins critiques et un taux d'incidence des nouveaux cas plus importants que nous.

Les professionnels ne sont plus consultés, et sont informés au dernier moment par le directeur de leur établissement, sur injonction de l'ARS, avec parfois la menace de sanctions administratives et financières si cette injonction n'est pas respectée. La première vague nous avait appris l'impérative nécessité d'avoir une organisation structurée, cohérente et consensuelle. En octobre 2020, la concertation avait été installée. Aujourd'hui nous sommes stupéfaits des décisions, comme si les différentes vagues ne nous avaient rien appris. L'incompréhension s'installe, la défiance resurgit et les conflits se cristallisent chez les professionnels et les usagers. La crédibilité de l'Etat est de plus en plus remise en cause. Ce doute gagne les professionnels et la population, comme le montre l'image de ces TGV entre Paris et la province remplis le week-end.

Je suis donc aujourd'hui critique vis-à-vis de la parole de cet Etat jacobin, qui nous avait annoncé une coopération avec les territoires et les soignants. La réalité est différente : peu ou pas d'échanges, des injonctions, voire des réquisitions pour pallier leur incurie.

Pourtant, les modalités d'exercice dans le milieu libéral sont un formidable outil pour répondre très rapidement, en 48h ou 72h, aux besoins de soins et des soignants, tout en préservant la continuité des prises en charge de la population générale hors COVID, notamment les pathologies chroniques. Les directives ne sont pas en adéquation avec l'exercice de plus de 50% des soignants et par méconnaissance, elles ne sont donc pas à l'image des territoires. Paris est pourtant lourdement touchée par l'épidémie, mais notre administration centrale et nos énarques semblent en total décalage avec le terrain qui subit doublement la crise, au travers de l'impossible échange. J'en veux pour preuve la prise en charge des pathologies chroniques et les déprogrammations chirurgicales établies au travers d'un pourcentage d'activité. Quel est le critère pour dire qu'une chirurgie reconstructrice mammaire peut encore attendre plusieurs mois ? Nous n'écoutons pas les professionnels et les usagers. Il n'y en a que pour le discours des fédérations hospitalières, plus particulièrement publiques, qui alertent sur le manque de personnels mais qui n'ont pas engagé la pluridisciplinarité des professionnels pour répondre aux situations de crise.

Cette situation est insoutenable. On nous impose de faire un choix dans la prise en charge des malades dont on déprogramme les opérations, au risque d'induire potentiellement une perte de chance. Etat, établissements, soignants, nous devons partager cette responsabilité.

L'Etat reste « idéologue » dans le champ de la santé. Le secteur public est privilégié, il accueille la majorité des patients COVID en raison des infrastructures qu'il possède et utilise le secteur privé en fonction de ses besoins. Les réanimations privées resteront éphémères, alors que nous avons aussi des besoins et une utilité. Pourquoi l'Etat a-t-il oublié tous nos collaborateurs (1/3 des soignants) dans le cadre des revalorisations salariales ? Pourquoi a-t-il oublié de leur permettre d'être prioritaires pour la vaccination ou les gardes d'enfants ? Nous n'avons que trop entendu : « *Il faut*

leur imposer des baisses d'activité pour ne pas avoir de fuite de patients, c'est l'équité ! » Est-ce acceptable ?

Quid de la « démocratie sanitaire » au plan local ?

Sur le plan de la consultation des usagers, il m'est difficile de me positionner car ma réflexion est aujourd'hui soumise à ma position syndicale et de représentation professionnelle. Je suis persuadé que l'avenir, et cette crise va nous aider, est dans un travail et un portage collectif des revendications et des options des usagers et des professionnels. Par contre, même si je ne siège plus en CRSA[1], je pense que la démocratie sanitaire n'est pas assez importante et valorisée pour avoir un impact sur les décisions de l'Etat. Je ne vois pas cette démocratie territoriale sur le terrain. Je n'y croyais pas lorsque je siégeais, je n'y crois toujours pas, il s'agit davantage de lobbying. La CRSA n'a d'ailleurs qu'une voix consultative, et c'est bien le directeur général de l'ARS qui prend les décisions en matière de santé. C'est une problématique pour les Régions : certains directeurs généraux d'ARS sont à l'écoute, alors que d'autres agissent davantage comme des préfets, plus proches de l'Etat que de leur rôle de conciliateur pour développer un projet régional consensuel. Cela ne signifie pas qu'il faut laisser à la Région toute liberté quant à l'organisation de la santé des populations. L'Etat doit avoir un rôle important pour équilibrer ce système, mais de façon plus constructive et consensuelle.

Le problème est que notre pouvoir politique jacobin pense tout savoir et tout connaître, il souhaite tous régenter. Mais parfois lorsqu'il daigne descendre en province, il découvre les organisations et les initiatives locales, collectives et individuelles. Lors de la crise, j'ai été étonné que l'on ne fasse pas appel à de vrais logisticiens pour la gestion des masques, des vaccins et leur acheminement. Nous n'avons pas utilisé toutes les expertises disponibles dans notre pays pour être les plus efficaces et les plus efficients. Nous n'avons que très peu vu l'armée ou les grands groupes commerciaux qui auraient pu aider notre administration à répondre plus efficacement. Lorsque l'on n'a pas les moyens de produire, il faut acheter ; être un acheteur, c'est aussi une profession. De ce fait, on a pu constater une incompétence de l'Etat dans des domaines spécifiques. Par exemple, pour ce qui est des respirateurs, on en a acheté, mais ce ne sont pas les bons. Nous avons reçu du matériel utilisé pour des ventilations courtes, et non pour des ventilations de réanimation. L'Etat devrait donc apprendre à déléguer à des spécialistes pour qu'ils l'accompagnent.

Quelle est pour vous l'échelle pertinente d'action en matière de santé et de soutien à l'autonomie aujourd'hui ?

Nous devons nous appuyer sur un socle géré et financé par l'Etat. Pour cela, il peut compter sur l'Assurance maladie avec un vote annuel des financements et sur l'Ondam[2]. Ce système repose sur l'équité des prises en charge pour chacun d'entre nous et cela quel que soit le territoire. Je ne suis pas nécessairement pour un Ordam[3] stricto sensu, dans la mesure où cela risque de déstabiliser certaines régions. Par contre, des enveloppes pluriannuelles donneraient plus de possibilités d'investissement pour restructurer l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire car il existe de grandes inégalités entre les régions.

Les champs de compétence des Régions et des Départements pourraient être élargis en matière sociale et médico-sociale, pour que l'on puisse répondre à toutes les populations, sans risque de précarisation. La connaissance du terrain – qu'elle soit sociologique, industrielle, etc – est une connaissance de proximité : il faut essayer d'allier cette proximité avec une gestion nationale. Même si je suis jacobin, il faut reconnaître que l'ensemble des acteurs – les Régions, les Départements, les associations – doivent participer pour mettre en place des politiques locales de santé.

La CRSA devrait réfléchir à la construction de projets en concertation, mais je ne suis pas certain que ses moyens locaux lui permettent de répondre à cet objectif pour le moment.

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

Je ne suis pas économiste, je suis un professionnel et un syndicaliste.

Au niveau des caisses d'assurance maladie, on a pu constater une profonde mutation : le paritarisme n'existe plus, les décisions sont désormais jacobines et viennent de la Caisse nationale d'assurance maladie. Pour moi, certaines prérogatives devraient être données aux Régions. Des enveloppes devraient leur être dédiées, car cela permettrait à ces acteurs de proximité de trouver des réponses plus adaptées aux difficultés rencontrées sur le terrain. Pour cela, il faut amorcer une réflexion sans tomber dans l'indépendance régionale. En Allemagne par exemple, l'autonomie des Länder leur permet de répondre plus facilement aux difficultés régionales, et de débloquent des enveloppes particulières pour résoudre ces problèmes. Ainsi, en France, les difficultés des Régions n'ont pas été simultanées pendant la crise sanitaire : l'Est a d'abord été touché, puis Paris, le Nord et Provence Alpes Côte d'Azur. Il faut donc pouvoir s'organiser avec une réponse qui peut être la même, mais pas obligatoirement dans le même temps. De plus, les expériences des uns pourraient profiter aux autres. Or je ne suis pas certain que les expériences de l'Est aient profité aux autres régions.

Aujourd'hui, l'enveloppe est nationale et la réponse uniforme, alors que les besoins ne sont pas les mêmes dans chaque territoire. Avons-nous appris de la première vague pour gérer la deuxième et la troisième vague ? Le problème était le même pendant l'épidémie de grippe H1N1, le ministère de la Santé a été beaucoup critiqué, la ministre, Roselyne Bachelot a notamment été attaquée pour avoir dépensé de l'argent public pour des vaccins alors que la vaccination n'avait pas fonctionné. La problématique de la territorialité existait déjà à l'époque du H1N1, or nous avons recommencé à faire la même chose pour cette pandémie, sur le même modèle centralisé. A chaque fois, nous ne tirons pas les enseignements d'une crise que nous venons de subir, et nous ne restructurons pas le système, cela m'étonne et me désole.

Le système de santé français est-il trop hospitalo-centré ?

L'hospitalo-centrisme public existe depuis des années, tout le monde le sait et ce système est loin de disparaître. Ce n'est pas parce que l'on a envoyé dix patients d'un CHU vers un établissement privé que l'hospitalo-centrisme disparaît d'un coup ! Le problème est que nos politiques sont encadrées par des hospitaliers pour la plupart parisiens et que beaucoup ont la méconnaissance de l'exercice hors les murs de l'hôpital. Or la France ce n'est pas Paris, l'organisation en province n'est pas la même. Lorsqu'on regarde le soin, plus de la moitié de la chirurgie est faite hors du milieu hospitalier public, et ce taux monte à 80% pour les autres soins.

Aujourd'hui, comment sortir de cet hospitalo-centrisme ? Je pense que la solution est que les politiques aillent plus vers le secteur libéral, et qu'elles apprennent à mieux le connaître. L'Université doit aussi se tourner plus vers l'entreprise, car aujourd'hui, dans le domaine de la santé, les jeunes sont trop peu à se tourner vers le milieu libéral. La courbe entre la médecine générale et la médecine spécialisée s'est même inversée : nous avons plus de médecins spécialistes formés que de médecins généralistes, alors que c'est l'inverse dans le privé. En ce qui concerne la formation des médecins spécialistes, elle se fait toujours au sein des CHU ou des hôpitaux publics. Il faudrait qu'une partie de leur formation se fasse obligatoirement en milieu libéral.

La pandémie a montré que le partenariat entre milieu public et milieu libéral n'existait pas actuellement. Si l'on veut avoir un vrai partenariat, il faut que ces deux entités se connaissent et non se haïssent. Aujourd'hui, certaines fédérations, comme la Fédération hospitalière de France, s'opposent à la médecine libérale ; alors que je suis persuadé que mes collègues salariés veulent que nous travaillions ensemble. Demain, nos jeunes devraient pouvoir effectuer une partie de leur carrière dans le secteur libéral et l'autre partie dans le secteur public. Par exemple, certains plus âgés pourraient revenir dans le public, notamment pour faire de la formation. C'est cet échange que nous n'arrivons pas à construire. Dans cette démarche, le territoire a toute sa place : c'est par les acteurs locaux que nous pourrions gagner ce pari. Les libéraux sont prêts à accueillir les jeunes en formation, mais il y a toujours une réticence à permettre aux jeunes de découvrir ce qui existe à l'extérieur des murs de l'hôpital.

Pour casser l'hospitalo-centrisme, il est important d'avoir une décision nationale, pour dessiner le pourtour d'un nouveau système, et une décision locale, pour savoir qui fait quoi et qui peut agir pour bâtir des solutions. Aujourd'hui l'hospitalo-centrisme est encore plus fort qu'avant la crise. Pourtant, le patient n'a pas plus d'intérêt à se rendre à l'hôpital public ou privé, car le reste à charge est sensiblement le même, voire parfois moins élevé dans le privé que dans le public.

Qu'a apporté le Ségur de la Santé ? Pas grand-chose, puisque personne n'est content. Sur le plan financier, une discrète revalorisation des paramédicaux a été mise en place. Mais à l'hôpital privé, même si des avancées sont prévues, certains personnels ont été oubliés, comme nos secrétaires ou tous les employés des cabinets médicaux. Pourquoi ne trouve-t-on plus d'infirmières aujourd'hui ? Parce qu'on leur demande beaucoup et on leur donne peu. Les salaires des soignants en France sont 10% inférieurs au salaire moyen de notre pays. En Allemagne, ces mêmes soignants ont des salaires 10% supérieurs au salaire moyen.

Quelles solutions la crise peut-elle permettre de trouver pour améliorer le système de santé à l'avenir ?

Je pense que pour construire demain, il faut absolument que l'on interroge notre jeunesse, et les usagers. Les jeunes ont très mal vécu la crise, et sont très critiques vis-à-vis de sa gestion. Je ne veux pas être idéologue, je veux construire avec les autres et en particulier les jeunes, pour qu'ils puissent donner leur avis sur les options que nous devons construire à la lumière du vécu. C'est un des moyens de construire la démocratie en santé.

Bien évidemment, les soignants ont aussi leur propre responsabilité en ce qui concerne l'accessibilité aux soins. Une première solution serait de développer le numérique, qui peut nous aider à répondre aux difficultés d'accessibilité aux soins, que ce soient les soins de premier recours ou les soins experts. Le digital peut nous aider à avoir les mêmes moyens d'expertise partout sur le territoire. Il faut donc que la profession s'implique de façon importante dans ce domaine, ce qui nécessite de supprimer la fracture numérique. Le deuxième problème est le manque de professionnels : il faut donc une reconnaissance et une valorisation. Il ne faut pas avoir peur de travailler ensemble et de mettre en place le travail aidé.

Comment accompagner le changement ? Tous les métiers doivent être revalorisés, du bas vers le haut. Si seulement certaines catégories de métiers sont revalorisées, ils entreront en opposition vis-à-vis des autres, et l'objectif d'un soin qualitatif pour tous sur le territoire ne pourra pas être atteint. Il faut donc montrer au terrain qu'on peut atteindre cet objectif tout en sécurisant la profession.

Propos recueillis par Julie Jolivet et Manon Bergeron, le 21 avril 2021.

[1] Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

[2] Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

[3] Objectif Régional des Dépenses d'Assurance Maladie