



Entretien
14 avril 2021

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



Michel BOUSSATON

Michel Boussaton est conseiller régional d'Occitanie depuis 2015. Il est chargé des délégations Formations sanitaires et sociales, Santé et Silver Economy. Il a exercé pendant de nombreuses années en tant que chirurgien et a été président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, un organisme consultatif contribuant à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé et Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne puis de Midi-Pyrénées.

Quel est votre rôle, en tant que conseiller régional, dans la gestion de la santé et la prise en charge de l'autonomie en Occitanie ? Votre rôle a-t-il évolué pendant la crise sanitaire ?

N'ayant pas compétence dans le domaine du soin, Carole DELGA, présidente du Conseil Régional, a souhaité mettre en œuvre une politique en direction des territoires le plus reculés et des populations les plus fragiles :

- Aide à la fabrication de masques,

- Achat massif avec les autres régions de masques et répartition sur les territoires en partenariat avec l'ARS et les Conseils Départementaux,
- Campagne de tests dans les zones les plus reculées du territoire en collaboration avec la Croix Rouge et l'ARS,
- Aide massive en faveur des étudiants en Formations Sanitaires et Sociales qui participaient à la lutte anti-Covid, après négociation avec les syndicats étudiants.
- Aide au transport des professionnels de santé qui avaient des difficultés de déplacement.
- Aujourd'hui, dans le cadre de la campagne de vaccination, nous mettons en place des camions mobiles pour vacciner les populations éloignées des centres de vaccination.

Comment analysez-vous l'évolution de l'autonomie des collectivités locales et la "posture jacobine" de l'Etat en matière de santé et de soutien à l'autonomie pendant la crise sanitaire ?

Je pense que l'Etat ne doit pas tout diriger. Tant qu'il continuera à vouloir tout contrôler notre système ne pourra pas fonctionner de façon harmonieuse et efficace. Nous serons toujours face à deux possibilités :

- Soit l'Etat contrôle tout et impose ses diktats aux territoires qui n'adhéreront pas et continueront à déplorer les politiques imposées ;
- Soit nous mettons en place une véritable politique de décentralisation donnant de réels pouvoirs aux territoires. Le premier pouvoir des régions et le plus fondateur serait de voter l'impôt.

La détermination des quotas dans les formations sanitaires et sociales illustre bien mon propos et montre l'absurdité du système. Ces formations, depuis 2004, sont normalement déléguées aux régions qui doivent faire un Schéma des Formations Sanitaires et Sociales tous les 5 ans. Pour cela, nous nous déplaçons sur l'ensemble du territoire pour recueillir l'avis des structures de soins, des instituts de formations, des usagers, etc. En cohérence avec ce Schéma, nous proposons chaque année une évolution des quotas de formation. Cette demande est faite à l'ARS qui doit donner son avis et le transmettre au Ministère qui prend in fine la décision quant à la fixation des quotas et quant à leur compensation financière.

Récemment, après demande de la Région et avis positif de l'ARS, le Ministère a refusé la création de 4 places à l'IFMK^[1] de Rodez. En fonction de quels critères ? Avec quelles explications ?

Absurde, coûteux, inefficace et décourageant.

En ce qui concerne plus spécifiquement le soin, durant la crise sanitaire, je répète que le soin est une compétence régalienne et il est normal qu'il ait été pris en charge par l'Etat et son bras armé l'ARS.

Dans ces circonstances très difficiles, la gestion a été plutôt bonne si l'on excepte l'énorme « couac » des masques. On a beaucoup critiqué le manque de lits en réanimation. Il est certain que nous en manquons et qu'il faudra les augmenter.

Cependant, la réponse à ce manque ne doit pas être une augmentation massive du nombre de lits mais plutôt une augmentation de la flexibilité qui permettrait d'adapter la réponse aux besoins dans un temps très court. La prochaine pandémie ou catastrophe ne sera pas obligatoirement respiratoire.

L'accès aux services de soins primaires est une question majeure du système de santé. Outre la question des lits disponibles dans les hôpitaux, la crise sanitaire a mis l'accent sur les inégalités d'accès aux soins primaires sur le territoire. Quels nouveaux rapports aux soins de proximité sont envisageables pour les patients à l'avenir ?

Tout ce que l'on vit aujourd'hui était prévisible ! Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie amènent à prendre en charge de plus en plus de patients âgés avec des pathologies chroniques. La pandémie n'a pu que mettre l'accent sur ce problème qui existait déjà et qui aurait été identique mais atténué sans cette crise sanitaire. Ce problème est ancien mais nous n'avons pas été écoutés par les gouvernements successifs, qu'ils soient de gauche ou de droite, lorsque nous sonnions la sonnette d'alarme.

J'avais écrit sur ce sujet en 2013 avec le professeur Alain Grand, pour le journal Libération^[2]. Nous demandions que le *numerus clausus* soit débloqué, et cela depuis déjà une dizaine d'années ! Nous ne pouvons pas en même temps instaurer un *numerus clausus* et laisser aux praticiens le choix de leur lieu d'installation. Une des solutions serait d'augmenter le nombre de personnes formées. Si ce quota augmente légèrement aujourd'hui, les efforts demeurent insuffisants. Les facultés mettent en place des *numerus apertus* en filière santé, mais pointent le manque d'enseignants ou de possibilités de stages. Pour accroître les capacités d'accueil de stagiaires il faudrait développer les stages dans des structures privées, et pas seulement dans les hôpitaux publics. La politique des 16.000 places de formation supplémentaires dans les formations infirmières et aides-soignantes^[3] permet une augmentation sensible du nombre de professionnels de santé formés, mais elle ne concerne qu'un petit nombre de professions : les infirmières formées seront plus nombreuses mais d'autres métiers de la santé restent dépourvus, en particulier en kinésithérapie, où certains étudiants doivent se former dans un pays étranger.

La répartition territoriale des étudiants puis des professionnels de santé est également problématique : on ne peut pas laisser des zones sans professionnels de santé. Une solution pourrait être d'imposer à des futurs médecins des stages dans les territoires, pendant la quatrième année d'études (année de spécialité). J'avais de l'espoir avec les infirmières de pratique avancée, mais la plupart choisissent d'exercer dans de grands hôpitaux ou cliniques, ce qui ne permet pas d'aider les territoires en souffrance. De ce point de vue, la politique des CPTS^[4] me paraît une bonne solution. Ici encore, donnons le pouvoir aux régions.

Car il faut plutôt un raisonnement territorial qu'un raisonnement « centralisé » pour conjuguer proximité et qualité.

Les ARS, créées en 2010, sont aujourd'hui des acteurs majeurs pour le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. Elles portent également les contrats locaux de santé en partenariat avec les collectivités locales. Quel avenir envisagez-vous pour cet acteur qui se voulait être un moyen de rendre le système de santé plus efficient ? La crise a-t-elle bousculé son fonctionnement ?

C'est une question à la fois simple et compliquée. Le rôle que jouent les ARS est indispensable, nous ne devons pas les supprimer.

Le vrai problème est celui de la gouvernance des ARS. Aujourd'hui, elles ne sont que la courroie de transmission de l'Etat sur le territoire, les locaux n'y ont pas accès. La crise accentue ce phénomène : les directeurs d'ARS sont en relation quotidienne avec Paris mais pas avec les Régions, alors que leurs correspondants devraient être régionaux. On peut donc dire que l'ARS n'est pas sur le territoire.

On a également voulu créer des instruments de démocrate sanitaire. Ils sont aujourd'hui très dépendants des ARS. La CRSA^[5], dont j'ai été président, est un bel organisme mais totalement dépendant de l'ARS pour son financement et sa logistique donc totalement inaudible. Pour l'offre de soins, les directeurs d'ARS sont tout puissants : la décision est prise avant même que les réunions des commissions Offre de Soins et les consultations regroupant différents acteurs aient lieu. Pour rendre la démocratie sanitaire efficace, il faudrait que ces instances aient un financement propre, totalement indépendant et un président véritablement élu.

Il faut donc une ARS, mais une ARS différente.

Outre l'Etat central et les collectivités, y a-t-il pour vous des acteurs avec lesquels il est important de collaborer pour améliorer le système de santé ?

J'aimerais qu'on écoute davantage les CRSA et ses quatre commissions. Au sein de la CRSA, il faudrait renforcer le rôle des représentants des usagers. Ils ne doivent pas se comporter comme « lobbyistes » de certaines pathologies, mais comme des représentants de ce que vivent les populations dans leur accès aux soins et leur rapport à la dépendance.

J'aimerais qu'une partie de ces représentants soient tirés au sort, sans exclure les « lobbyistes ». Des consultations citoyennes pourraient être menées pour recueillir l'avis de populations.

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

Evidemment ! Le rapport de Myriam El-Khomri^[6] est très complet sur ce sujet, mais il faut désormais le mettre en place. Prenons l'exemple des aides-soignantes. La

solution préconisée aujourd'hui est d'augmenter leur nombre. Toutefois, ce n'est pas la bonne façon de faire en raison du manque d'attractivité de ce métier. Un des leviers d'action devrait plutôt être la modification des grilles salariales des aides-soignantes : certaines doivent parfois attendre dix ans pour obtenir une augmentation de salaire, ce qui est scandaleux ! D'autre part, il faudrait mieux les accompagner via des parcours professionnels. Ce métier est très dur, à la fois physiquement et psychologiquement, par le contact à la mort. Les aides-soignantes devraient donc pouvoir bénéficier de formations au cours de leur carrière, qui leur permettent d'accéder à d'autres métiers dans les domaines sanitaire et social.

L'augmentation de l'attractivité des métiers permettrait d'attirer plus d'étudiants et il serait alors logique d'augmenter le nombre de places des instituts de formation.

Propos recueillis le 10 mars 2021 par Manon Bergeron et Julie Jolivet.

[1] Institut de Formation en Masso Kinésithérapie

[2] https://www.liberation.fr/societe/2013/09/22/contre-les-deserts-medicaux-ouvrir-les-facs-de-medecine_933818/

[3] <https://www.gouvernement.fr/partage/12138-plan-d-augmentation-des-places-en-formationen-sanitaires-et-sociales-avec-regions-de-france>

[4] Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

[5] Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

[6] <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000818.pdf>