

Un plan tous azimuts pour améliorer l'offre de soins

Assistants médicaux, médecins salariés dans les zones en tension, restructuration de l'offre hospitalière... Emmanuel Macron a présenté 54 mesures pour rénover le système de santé

Une batterie de 54 mesures touchant aussi bien l'organisation de la médecine libérale que de l'hôpital, 400 millions d'euros supplémentaires en 2019 (3,4 milliards au total d'ici à la fin du quinquennat), une nouvelle loi santé dans quelques mois... Les grandes lignes de la réforme du système de santé, baptisée «*Ma santé 2022, un engagement collectif*», ont été dévoilées, lundi 17 septembre par l'Élysée, avant leur présentation officielle mardi par le chef de l'État, Emmanuel Macron, et la ministre de la santé, Agnès Buzyn. Un plan copieux qui, sans être révolutionnaire, multiplie les angles de rénovation du système de santé.

Cette réorganisation «*systémique*», annoncée depuis des mois, reportée à deux reprises, ne figurait pas au programme du candidat Macron lors de l'élection présidentielle de 2017. Elle s'est imposée à lui à force de crises dans les services d'urgences ou de grèves dans les hôpitaux psychiatriques. Aussi en raison des constats alarmistes régulièrement dressés par la ministre de la santé, ancien médecin hospitalier. «*On est arrivés au bout d'un système qui nuit à la qualité du service rendu*», diagnostiquait ainsi Agnès Buzyn au début de l'année.

Les objectifs de la réforme sont nombreux : renforcer l'offre de soins pour permettre à tous les Français d'être pris en charge dans la journée en cas de nécessité par la médecine de ville, désengorger des urgences hospitalières saturées, améliorer la qualité de la prise en charge et enfin répondre au malaise de soignants face à la course à l'activité à laquelle ils sont poussés.

Face à l'ampleur de la crise, le chef de l'État devait donc lancer mardi «*un message de mobilisation générale*» et appeler à un «*changement d'approche*» d'une ampleur équivalente à celui réalisé en 1958, année de la création des centres hospitalo-universitaires (CHU). Le plan, dont les principales mesures ont été décidées sans l'aval des principaux acteurs du système de santé, qui les ont en partie découvertes lundi soir, se révèle a priori assez consensuel. Il ne comporte par exemple aucune contrainte nouvelle de garde ni d'obligation d'installation dans les «*déserts médicaux*» pour les médecins libéraux, uniquement de fortes inci-

tations financières. «*Nous allons inciter tellement que les professionnels n'auront plus le choix*», prévient l'Élysée.

Si la coercition réclamée par certains élus et rejetée avec force par les syndicats de médecins libéraux est qualifiée de «*faussette bonne idée qui découragerait des vocations*», l'Élysée laisse planer la menace d'y recourir si les médecins libéraux ne prenaient pas d'ici à la fin du quinquennat une «*responsabilité collective*» sur ce sujet. Conséquence prévisible : la loi Buzyn, dont l'examen devrait avoir lieu début 2019, ne devrait pas faire redescendre les professionnels libéraux dans la rue, comme l'avait fait la loi Touraine, qui prévoyait notamment l'obligation du tiers payant généralisé.

Un desserrement de l'Ondam Le chef de l'État devait également annoncer un relèvement de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) de 0,2 point,

en le portant à 2,5 % en 2019, soit 400 millions d'euros supplémentaires. D'ici à la fin du quinquennat, ce sont au total plus de 3,4 milliards d'euros qui seront consacrés au financement de ce plan, annonce le ministère de la santé.

Ce montant supplémentaire sera-t-il suffisant pour répondre à toutes les impatiences et à toutes les colères qui agitent le monde de la santé ? «*Ne perdons pas de vue que les 400 millions d'euros supplémentaires annoncés pour 2019 représentent à peine la moitié de l'effort d'économie demandé en 2018 aux hôpitaux*», souligne Frédéric Valletoux, le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), la structure qui représente les hôpitaux publics.

400 médecins salariés dans les «déserts médicaux» C'est l'une des mesures les plus immédiates du plan : 400 médecins généralistes vont être salariés par des centres hospitaliers de proximité ou des centres de santé situés dans les «déserts médicaux». Une opération similaire à celle récemment menée en Saône-et-Loire, où le conseil départemental a recruté et réparti dans tout le département une trentaine de médecins salariés aux trente-cinq heures. En 2017, deux tiers (63 %) des 8 600 nouveaux inscrits au Conseil national de l'ordre des médecins avaient choisi le salariat.

Création de 4 000 postes d'assistants médicaux Sur le modèle des assistants dentaires, des assistants médicaux, présentés comme des «*aides-soignants de ville*», viendront demain épauler les médecins généralistes ou spécialistes. Ces postes seront financés en priorité dans les «*déserts médicaux*». Leur rôle sera notamment d'aider à préparer les patients pour la consultation (notamment les personnes âgées), de décharger le médecin d'actes simples comme une prise de tension ou de température, ou d'assurer le suivi des rendez-vous.

Ce dispositif devrait permettre aux médecins de gagner de 25 % à 30 % de temps médical. Le gouvernement prévoit de financer 4 000 postes de ce type d'ici à 2022, soit un gain de temps médical équivalant à près de 2 000 médecins supplémentaires. Pour bénéficier de ces assistants, les médecins devront toutefois se réunir au sein de cabinets de groupes et s'engager à augmenter le nombre de patients suivis.

La systématisation de la prise de rendez-vous en ligne, en ville comme à l'hôpital, destinée à aussi à gagner du temps médical en limitant le nombre de rendez-vous non honorés, devait aussi être annoncée mardi. Selon le ministère de la santé, il y aurait 100 millions de rendez-vous médicaux non honorés chaque année en France, soit l'équivalent de 37 000 emplois temps plein de médecins.

Mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Le chef de l'État, qui souhaite pousser les médecins libéraux à s'organiser entre eux, devrait annoncer que l'exercice isolé – qui concerne aujourd'hui encore plus de la moitié des médecins – ne sera bientôt «*plus possible*». D'ici au 1^{er} janvier 2021, des communautés professionnelles territoriales de santé, c'est-à-dire des réseaux de professionnels de santé libéraux, devront mailler tout le territoire afin que les médecins puissent s'organiser entre eux, en lien avec leur hôpital de proximité, pour répondre aux «*urgences de ville*» non

vitales tous les jours jusqu'à 20 heures et ainsi alléger des urgences hospitalières. Objectif annoncé : parvenir au déploiement d'au moins 1 000 CPTS d'ici à 2022.

Une réorganisation de certaines activités hospitalières Une gradation plus nette des activités va être mise en place, répartissant les établissements en trois catégories (soins de proximité, soins spécialisés et soins ultraspecialisés) au sein des groupements hospitaliers de territoire créés par la loi Touraine. Ceux-ci devront s'ouvrir au secteur privé.

Si aucun hôpital de proximité ne devrait fermer, des activités devront, elles, cesser dans certains établissements, par exemple quand des plateaux techniques sous-utilisés « deviennent dangereux » ou que « l'absence d'un médecin qualifié ne permet pas de sécuriser » le fonctionnement d'un service. A partir de 2020, de nouvelles « normes », qui pas-

seront par des seuils d'activité, seront définies pour les services d'urgences, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie. Les plus petits établissements seront « réorientés sur des priorités » comme la gériatrie, la rééducation, l'imagerie, la biologie ou la télémédecine. Un nouveau statut d'hôpital de proximité sera créé.

Une évolution du financement des hôpitaux L'enveloppe récompensant la qualité des soins sera portée de 60 à 300 millions d'euros dès 2019. Des financements au forfait vont par ailleurs être mis en place dès 2019 pour deux pathologies chroniques : le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

« Il n'y aura plus de paiement [de l'hôpital par l'Assurance-maladie] à chaque consultation, mais un forfait pour solde de tout compte, charge à l'hôpital de faire en sorte que ses patients n'aient pas besoin de revenir vingt fois », fait-on valoir à l'Elysée, où l'on explique avoir « mobilisé toutes les sociétés savantes pour calibrer le plus possible le parcours de soin idéal ». Ces financements seront élargis à partir de 2020 à d'autres pathologies. D'ici à 2022, ce nouveau système de tarification au parcours et à la qualité des soins devra peser davantage que la tarification à l'activité dans le financement des hôpitaux. ■

FRANÇOIS BÉGUIN

Des réseaux de médecins pour limiter le recours systématique à l'hôpital

C'EST UNE RÉVOLUTION CULTURELLE pour les médecins libéraux habitués à se préoccuper de leur seule patientèle. Les médecins de ville – ainsi que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, etc. – vont être incités financièrement par l'Etat à se fédérer au sein de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin d'adapter collectivement l'offre de soins de ville aux besoins de la population.

Emmanuel Macron devait annoncer, mardi 18 septembre, lors de la présentation du plan de transformation du système de santé, son souhait de voir ces communautés mailler le pays d'ici au 1^{er} janvier 2021, chacune d'entre elles devant desservir entre 20 000 et 100 000 patients. « C'est le modèle idéal », avait jugé la ministre de la santé, Agnès Buzyn, le 26 juin à l'Assemblée nationale. « C'est vingt ans devant nous pour organiser tout ça », prévient Claude Leicher, le président de la fédération des CPTS.

Le modèle existe déjà. Mises en place par la loi santé de Marisol Touraine en 2016, quelque 200 CPTS ont vu le jour tant bien que mal, faute de réelle volonté politique et de moyens dédiés. L'engagement de l'Etat de financer sur dix ans celles qui seront créées dans les dix-huit prochains mois devrait accélérer leur formation.

Les objectifs d'un tel dispositif sont d'améliorer le maintien ou le retour à domicile des patients, les besoins de soins urgents non programmés et le suivi des maladies chroniques... En somme, permettre que l'hôpital cesse d'être le recours systématique aux carences de la médecine de ville. Pour cela, les professionnels volontaires devront par exemple se doter d'une messagerie sécurisée commune et accepter de partager les dossiers médicaux de leurs patients. Mais ils devront surtout être convaincus « d'avoir à faire collectivement sur un territoire », explique le docteur Hector Falcoff, président du Pôle santé Paris-13, une CPTS pionnière de la capitale. Près d'un

quart des généralistes du 13^e arrondissement (35 sur 130) et une vingtaine d'infirmiers libéraux ont – pour l'instant – choisi d'y adhérer.

« Une myriade de petites unités »

Lors de son lancement en 2011, le docteur Falcoff raconte avoir été « assailli de demandes de visites à domicile pour des personnes âgées qui n'avaient plus de médecin traitant ». Pour tenter d'y répondre, un généraliste adhérent au Pôle santé Paris-13, s'est mis à consacrer deux demi-journées par mois à évaluer la gravité des demandes au téléphone et à solliciter des collègues. Grâce à ce mécanisme, près de 200 patients dépendants

ont retrouvé un médecin traitant pratiquant des visites à domicile. A terme, Hector Falcoff aimerait que des médecins volontaires se répartissent des journées d'astreinte pour prendre en charge les urgences. « Je viens de dire à une patiente âgée au téléphone que s'il y avait un souci elle devrait appeler le 15, raconte-t-il. J'aurais préféré pouvoir lui envoyer mon collègue d'astreinte. » Autre avantage d'un tel regroupement, selon lui : offrir un interlocuteur à l'hôpital. « Nous, médecins, sommes une myriade de petites unités. Si l'hôpital veut organiser quelque chose avec la ville, il ne peut pas s'adresser aux 120 médecins généralistes de l'arrondissement. Mais il peut s'adresser à la CPTS. »

Sous réserve de bénéficier de nouveaux financements, l'association aimerait mettre en place un système de téléconsultation pour que les infirmiers et médecins adhérents puissent facilement entrer en contact avec les gériatres de l'hôpital. « Cela permettrait des hospitalisations plus rapides et plus intelligentes », estime le docteur Falcoff. Le médecin souhaiterait aussi qu'une infirmière libérale de l'association puisse à terme gérer les entrées et les sorties d'hospitalisation de patients, en lien avec les médecins de ville. Des projets qui pourraient rapidement se concrétiser après les annonces du chef de l'Etat. ■

FR. B.