

L'automne des grands chantiers pour le secteur de la santé

Concertation, budget, convention médicale... trois échéances importantes jalonnent le calendrier institutionnel. Au cœur des débats, le défi de l'égalité d'accès aux soins

A situation exceptionnelle, réponse exceptionnelle? La question est posée par les acteurs de la santé, confrontés à une crise systémique du secteur: pénurie de personnels hospitaliers, urgences exsangues, manque de médecins traitants, déserts médicaux... Alors qu'ils sont aux prises avec un système arrivé «à bout de souffle», selon leur ministre de tutelle, François Braun, ils voient se dessiner trois échéances décisives.

Il y a, d'abord, sur le point d'être inaugurée, la grande conférence sur le système de soins, déclinaison du Conseil national de la refondation (CNR) voulu par le président Macron. Elle s'appellera «CNR santé», et sera lancée le 3 octobre au Mans, précise-t-on Rue de Ségur. Il y aura, très vite aussi, le budget pour l'exercice 2023, qui sera présenté en conseil des ministres fin septembre, avant le débat parlementaire prévu fin octobre. Viendront, presque en même temps, les négociations de la convention médicale, très attendues par les médecins libéraux, et qui devront être bouclées en mars. Un automne chargé, après un été compliqué.

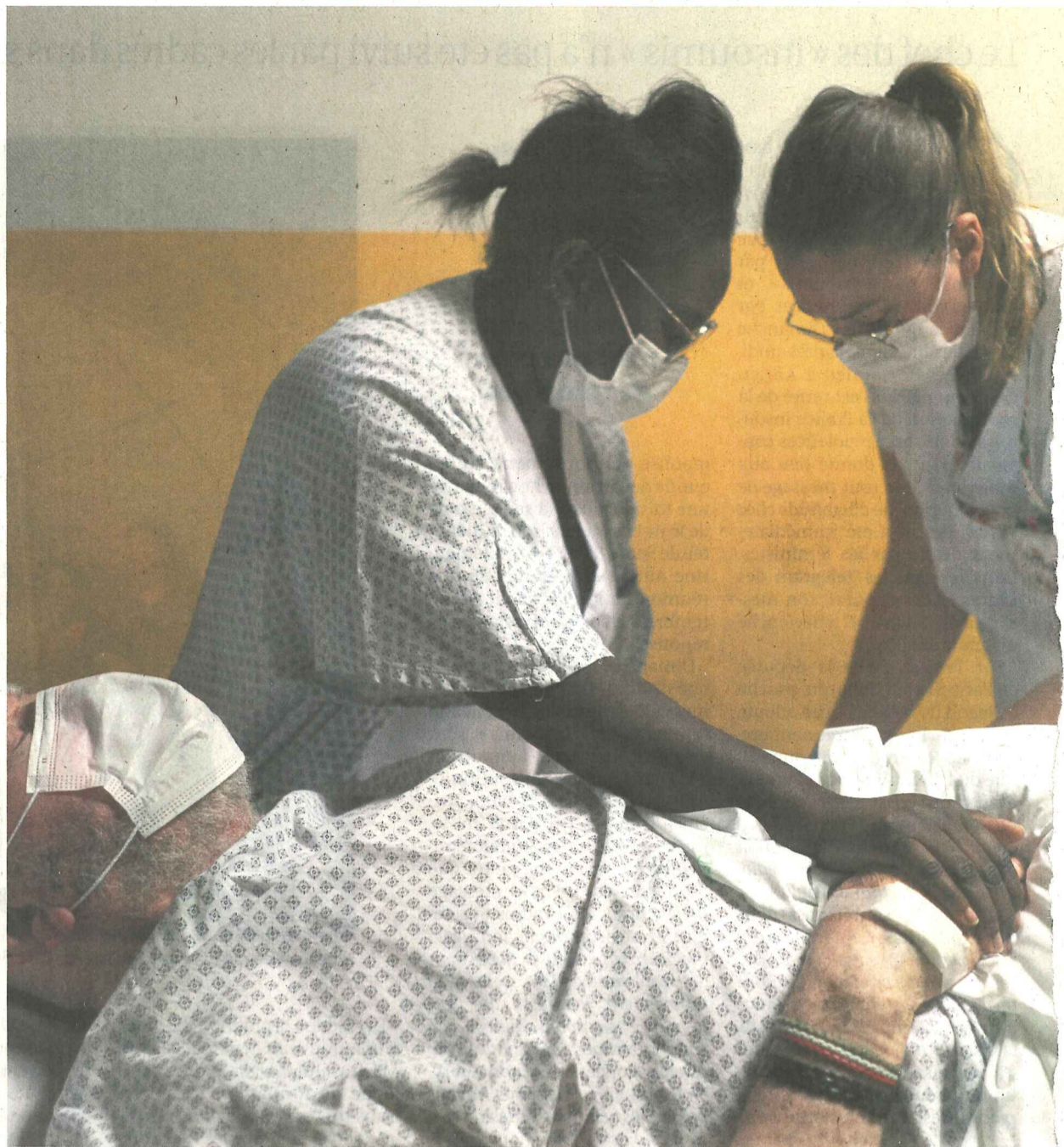
Ces rendez-vous ne relèvent pas des mêmes logiques. Le premier doit incarner un «changement de méthode», selon les termes d'Emmanuel Macron, et inspirer les mesures structurelles promises par l'Elysée, qui a fait de la santé un «chantier prioritaire». Les

deux autres sont des outils de régulation classique qui reviennent à l'agenda - l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), tous les ans; celui de la convention médicale, tous les cinq ans.

AVANCER «SANS TABOU»

Mais leur enchaînement - voire leur enchevêtrement - laisse présager qu'il y aura peut-être une marge de négociation supplémentaire à attendre, en cette rentrée. Du côté des médecins libéraux qui réclament «leur» Ségur (celui de l'été 2020, au sortir de la première vague du Covid-19, s'était concentré sur l'hôpital). Du côté des hospitaliers qui, après avoir «tenu bon» tout l'été, et évité la «catastrophe» aux urgences, pourtant saturées, attendent qu'une réponse soit apportée aux fermetures de lits et à l'hémorragie de soignants. Du côté, aussi, des autorités de santé qui, pour répondre au défi de l'accès aux soins et des déserts médicaux, entendent avancer «sans tabou» et (re)poser la question de l'articulation entre médecine de ville et hôpital.

«Je veux être clair, ce sera droits et devoirs», a affirmé le ministre François Braun dans un entretien donné au *Quotidien du médecin*, fin août, alors qu'il était interrogé sur les moyens supplémentaires à débloquer, pour la médecine de ville notamment. Le patron de l'Assurance maladie, Thomas Fatôme, qui s'appête à conduire les négociations



L'ENCHAÎNEMENT DE CES RENDEZ-VOUS LAISSE PRÉSAGER QU'IL Y AURA, PEUT-ÊTRE, UNE MARGE DE NÉGOCIATIONS SUPPLÉMENTAIRE À ATTENDRE

de la nouvelle convention médicale avec les syndicats de médecins libéraux, n'exclut pas des «contreparties» à une éventuelle revalorisation des tarifs de la consultation.

Le calendrier peut, selon le point de vue où l'on se place, «faciliter ou durcir les négociations», estime Claude Pigement, ancien responsable des questions de santé pour le Parti socialiste. *Il peut y avoir des passerelles bâties d'un rendez-vous à l'autre ou des thématiques qui rebondissent de l'un à l'autre, un peu comme si l'on ouvrait des poupées russes.*

CLAUSES À L'INSTALLATION

Un alignement des planètes est-il possible? Les syndicats de médecins attendent de voir. En 2016, les porte-paroles des praticiens libéraux avaient donné leur accord à une convention médicale portant la consulta-

tion standard de 23 euros à 25 euros. Eux qui, après des mois de contestation de la loi santé promulguée en janvier 2016, réclamaient un «new deal», avaient fini par accepter une proposition à 1,3 milliard d'euros.

Six ans ont passé - dont deux marqués par la crise sanitaire et par l'inflation -, et ce sont «plusieurs milliards d'euros» que les protagonistes du round à venir réclament pour la médecine de ville. MG France, syndicat majoritaire, n'avance pas d'enveloppe plus précise. «On ne va pas mettre les lettres avant les chiffres», explique sa présidente, Agnès Giannotti. *La convention arrive à un moment charnière et doit être celle du médecin traitant. On a déjà de prête la boîte à outils qu'on entend mettre en discussion, et qui vise à le soutenir et à développer le travail aidé ou collaboratif.*

« Il faut parler de revalorisations et de contreparties »

Thomas Fatôme, directeur général de l'Assurance-maladie, s'appête à négocier avec les médecins libéraux la nouvelle convention médicale

ENTRETIEN

La négociation sur la convention médicale entre l'Assurance-maladie et les médecins libéraux va s'ouvrir, début octobre. La dernière a eu lieu en 2016. Si elle comporte un volet financier, elle doit également permettre de répondre aux enjeux du système de santé, des déserts médicaux en passant par la télémédecine.

En parallèle de la concertation sur la santé lancée par l'exécutif, l'Assurance-maladie s'appête à négocier avec les médecins libéraux une nouvelle convention médicale. Comment ces différents chantiers vont-ils s'articuler ?

La négociation de la convention médicale va s'ouvrir début octobre. Ce processus de dialogue social, qui intervient tous les cinq ans, doit aboutir avant la fin du premier trimestre 2023. Il va bien sûr s'articuler avec la concertation que les ministres François Braun [santé] et Agnès Firmin-Le Bodo [organisation territoriale et professions de santé]

vont lancer sur la santé, et avec l'examen annuel du projet de loi de financement de la sécurité sociale [PLFSS] prévu à l'automne. C'est un calendrier intéressant, un bon alignement, avec d'un côté le cadre politique, de l'autre le cadre financier. Toutes ces démarches vont se nourrir.

Quelles sont vos priorités pour cette nouvelle convention ?

Il s'agit d'être capable d'apporter des réponses aux déserts médicaux et d'améliorer l'accès aux soins. Cela va de l'accès au médecin traitant à la lutte contre les inégalités de santé, en passant par le sujet de la prévention. Deux documents doivent préciser ces lignes directrices: la lettre de cadrage ministérielle et le vote des orientations par le conseil de l'Union nationale des caisses nationales d'Assurance-maladie.

La convention comportera bien sûr un important volet financier et tarifaire, mais aussi les outils qu'on veut déployer auprès des médecins pour les accompagner, comme les assistants médicaux, les incitations à s'installer en zone sous-dense, ou la télémédecine.

Allez-vous revaloriser le tarif de la consultation, comme le demandent plusieurs syndicats de médecins ?

Ce sujet fera partie, comme pour chaque convention, des discussions. Il est normal que le tarif évolue, a fortiori dans ce contexte d'inflation. Ensuite, comme les médecins le disent eux-mêmes, il faut parler de «droits et devoirs», tout comme de «revalorisations et de contreparties». Les médecins viennent à la table avec leurs demandes et nous avons les nôtres pour améliorer l'accès aux soins. Au travers de l'Assurance-maladie, c'est la collectivité qui investit et attend logiquement, en face, des engagements, comme celui de s'impliquer encore davantage dans la permanence de soins, les soins non programmés, ou encore les consultations en zones sous-denses.

Instaurer des contraintes à l'installation des médecins fait-il partie des leviers envisagés ?

Nous appliquons la loi et, si le cadre législatif est amené à évoluer au Parlement, nous en

tirons les conséquences. A ce jour, la convention prévoit des obligations pour les médecins afin qu'ils soient conventionnés, mais sans contrainte à l'installation. Des mécanismes de régulation démographique peuvent exister pour les kinésithérapeutes ou les infirmiers, ce n'est pas le cas pour les médecins.

Je me permets de rappeler que les comparaisons internationales montrent que la réponse aux déserts médicaux passe forcément par un ensemble de leviers pour être efficace, allant de l'accompagnement du travail collectif, avec des organisations territoriales, aux aides financières, en intégrant aussi les conditions d'organisation de la formation initiale des futurs professionnels.

L'attente est forte chez les médecins libéraux, qui espèrent avoir enfin droit au «Ségur de la médecine de ville», s'estimant oubliés des mesures pour l'hôpital de l'été 2020. Avez-vous des enveloppes à la hauteur de l'enjeu ?

Il existe une grande attente chez les professionnels, mais aussi sur

le plan politique, pour trouver les outils face aux défis de l'accès aux soins pour la population. Etant donné le contexte «post-crise Covid», la tension sur la démographie médicale, les nombreuses remontées d'élus locaux et de parlementaires, on ne peut pas ne pas voir que le sujet est à l'agenda de cette rentrée. Il y a un donc enjeu pour que le dialogue conventionnel aboutisse.

Je tiens tout de même à rappeler qu'il ne s'est pas rien passé depuis le Ségur: le dernier avenant à la convention, signé par l'Assurance-maladie avec les médecins à l'été 2021, est doté de plus de 750 millions d'euros, soit un niveau historique, afin notamment de revaloriser les visites à domicile, rehausser les tarifs des spécialistes comme les pédiatres ou les psychiatres, ou encore soutenir le déploiement du numérique en santé.

Les déserts médicaux n'ont cessé de s'étendre ces dernières années, avec plus de 6 millions de Français qui n'ont pas de médecin traitant, malgré des mesures comme

celle des assistants médicaux. Est-ce la solution ?

Alors que nous manquons de médecins, il faut gagner du «temps médical» et les assistants médicaux sont l'un des leviers qui fonctionnent. Ils améliorent déjà les conditions de travail des médecins qui y ont recours: sans travailler plus, ces derniers augmentent de 5% à 10% le nombre de patients qu'ils suivent. Nous sommes prêts à mettre tous les sujets sur la table pour lever les freins qui peuvent persister, qu'il s'agisse du niveau de financement, des contreparties en termes de patientèle attendues chez le médecin, des problèmes de locaux...

Il y a aujourd'hui 3200 assistants, nous espérons atteindre l'objectif que nous avons fixé à 4000 à la fin 2022. Mais nous voulons surtout provoquer le déclic pour aller bien au-delà. Si on arrivait à passer de 1000 patients par médecin, en moyenne, à 1200, on aurait fait un grand pas face aux déserts médicaux, avec une réponse structurante. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR M. BA. ET CAMILLE STROMBONI

Aux urgences du centre hospitalier d'Argenteuil (Val-d'Oise), le 2 juillet.

BRUNO FERT POUR « LE MONDE »

du point d'indice). Les premiers chiffres qui circulent tournent plutôt autour de 3,5 %.

Sur le terrain, beaucoup rappellent que tout n'est pas qu'une question de « gros sous ». « L'inventaire des problèmes de l'hôpital public ressemble, aujourd'hui, à une liste à la Prévert, relève Christophe Prudhomme, de la CGT santé-action sociale. On ne peut qu'espérer que les rendez-vous qui s'annoncent permettront de poser les questions de fond : est-ce qu'on stoppe, oui ou non, la dégradation du service public hospitalier ou est-ce qu'on décide de laisser le secteur marchand prospérer ? »

Le diagnostic et les attentes d'Olivier Milleiron, du Collectif inter-hôpitaux, ne sont pas moins forts. « La situation est catastrophique, martèle le cardiologue, et résumer l'enjeu à une discussion avec Bercy me semble déconnecté de notre réalité. Gouvernance, tarification à l'acte, ratios patients-soignants... c'est à un changement de paradigme qu'il faut s'atteler ! »

LE TEMPS PRESSE

Cette remise à plat, c'est bien l'ambition affichée par le « CNR santé », chargé de trouver des remèdes aux maux de l'ensemble du système et qui doit vivre, ces prochaines semaines, son baptême du feu. Mais entre un calendrier très étendu – au moins jusqu'au premier trimestre 2023 pour la concertation avec les professionnels – et un déroulement, mêlant consultation numérique et débats locaux, encore « brumeux », les porte-parole syndicaux font entendre leurs réserves.

Ils ne sont pas les seuls. « Le risque de ce type de rendez-vous est d'en rester à des sujets d'organisation sur des bases attendues, portés par les interlocuteurs habituels, autrement dit les professionnels », note Daniel Benamouzig, titulaire de la chaire santé à Sciences Po. Ces sujets sont importants, mais les élus, les patients, les citoyens vont-ils réellement s'impliquer ? S'emparera-t-on du grand âge ? Parlera-t-on de santé publique et de ses déterminants, logement, urbanisme, transports, compétences des collectivités territoriales ? Le défi est celui-là. »

Parmi les médecins, on rappelle que le temps presse, et les grands-messes et rapports sur la santé n'ont pas manqué ces dernières années. Dernier rapport en date, celui signé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance-maladie, début septembre, s'est penché sur l'« organisation des soins de proximité ». Le groupe de réflexion distingue des pistes de « court terme » et d'autres de « moyen terme », évoquant par exemple une collaboration plus étroite entre médecins traitants, infirmiers et assistants médicaux au service d'une « patientèle commune ». Ou encore l'élargissement de la contribution des kinésithérapeutes ou des pharmaciens. Il ne préconise pas, en revanche, de s'attaquer à la liberté d'installation des médecins libéraux.

Le gouvernement viendra-t-il y piocher des idées ? François Braun a déjà exprimé ses réticences à exercer une forme de contrainte à l'installation – un chiffon rouge pour les libéraux – en assurant dans le même temps que « tout » sera sur la table. Le sujet, récurrent chez les parlementaires et les élus locaux, fait l'objet d'au moins huit propositions de loi en préparation à l'Assemblée.

En attendant, l'équation budgétaire que le ministre doit résoudre, s'il veut tenir l'objectif d'une réduction de la dette à l'horizon 2027, s'annonce compliquée. « La Sécurité sociale devra prendre sa part à ce redressement [des comptes publics], mais on ne va pas nouveaux moyens, a-t-il assuré au *Quotidien du médecin*. On est en train de rechercher cet équilibre, sur une ligne de crête, avec des gouffres de chaque côté. »

Une « ligne de crête » que complique un dernier élément du calendrier : M. Braun doit encore trancher, fin septembre, sur la pérennisation – ou non – des mesures déployées durant l'été pour soutenir les urgences. Entre autres enjeu figure le maintien de la régulation (le filtrage par le 15 à l'entrée aux urgences), de la majoration de 15 euros sur les consultations non programmées chez les généralistes, ou encore de la revalorisation du travail de nuit à l'hôpital. Ces décisions, si elles étaient prises, devraient trouver une traduction dans le budget. Le temps est compté. ■

MATTEA BATTAGLIA

Le système québécois, un modèle gratuit mais « asphyxié »

Exception en Amérique du Nord, le modèle est au bord de l'embolie, comme en France

MONTRÉAL - correspondante

Au Québec, mieux vaut être traité pour un cancer que chercher à soigner une angine », constate Marie-France (le prénom a été changé), cadre dans une banque montréalaise, confrontée aux deux expériences. « Nos hôpitaux regorgent des meilleurs spécialistes, notamment en oncologie, et après quelques séances de chimiothérapies, je me suis presque sorti d'affaires. En revanche, si j'attrape un petit virus à l'approche de l'hiver, j'aurai toutes les peines du monde à trouver un médecin qui me donnera les bons antibiotiques », soupire-t-elle.

Comme 830 000 Québécois, soit 10 % de la population totale, Marie-France est une patiente « orpheline » de médecin généraliste. Elle est inscrite sur une liste d'attente qui lui promet que, d'ici à trois, quatre ou cinq ans – le délai s'est encore allongé depuis la crise du Covid-19 –, elle peut espérer trouver sa place dans la patientèle d'un médecin de famille. En cas de petit pépin, elle sait pouvoir trouver de l'aide auprès de son pharmacien, apte à délivrer des ordonnances de premiers soins. Lorsque cela devient plus sérieux, elle doit chercher une consultation médicale dans une clinique dite « sans rendez-vous », parfois loin de chez elle. A moins qu'elle ne se résolve à payer quelques centaines de dollars par an un service lui offrant de faire cette même recherche à sa place, voire de trouver une place dans une structure privée.

Rémunérations importantes

Le système de santé canadien, qui inclut soins et services sociaux, fait pourtant figure d'exception, souvent cité en exemple, en Amérique du Nord. Système universel et gratuit, par le biais de la Régie de l'assurance-maladie, il offre également une assurance médicalement à tous ceux qui sont dépourvus de mutuelle privée. La santé, de compétence provinciale avec cofinancement de l'échelon fédéral, est financée par l'impôt.

« Nous avons beau être au sein des pays de l'OCDE parmi ceux qui investissent le plus dans le système de soins, nous restons parmi les plus mauvais élèves en termes d'accès aux soins », explique Denis Chênevert, directeur du pôle santé à HEC Montréal. Notre système a été construit pour offrir qu'une seule porte d'entrée au patient, le médecin de famille. Or, aujourd'hui, la Fédération des médecins omnipraticiens estime qu'il manquerait plus de 1000 médecins généralistes au Québec, pour 7500 en activité.

MARIE-FRANCE EST INSCRITE SUR UNE LISTE D'ATTENTE QUI LUI PROMET QUE, D'ICI À TROIS, QUATRE OU CINQ ANS, ELLE PEUT ESPÉRER TROUVER SA PLACE DANS LA PATIENTÈLE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

Pierre angulaire du système, ces médecins, payés par l'Etat, bénéficient de rémunérations importantes, en forte hausse depuis une dizaine d'années, jusqu'à 300 000 dollars (226 000 euros) par an. Mais considérés comme des travailleurs autonomes, ils sont libres de choisir leur volume d'activités et leurs horaires. La féminisation de la profession et le rapport moins stakhanoviste au travail des jeunes ont abouti à une déperdition du nombre d'heures total travaillées. « Ils constituent un groupe d'intérêt très puissant qui absorbe l'essentiel des dépenses de soins, et toute tentative de réduction de leur rémunération se heurte à un front du refus », relève Olivier Jacques, professeur au département de politique de santé de l'université de Montréal.

« Révolution culturelle à mener »

Moins de médecins, qui travaillent moins, le système est aujourd'hui au bord de l'embolie, comme le modèle français. « Il y a une révolution culturelle à mener afin que les médecins renouent avec leur vocation initiale, celle d'être au service de la population », estime Roxane Borgès Da Silva, directrice de l'École de santé publique de l'université de Montréal, « mais nous devons aussi changer de paradigme. Nul besoin de passer par un médecin pour la "bobologie", il faut revoir toute l'organisation de cette première ligne en permettant aux infirmières d'assurer le premier diagnostic et d'orienter vers le spécialiste adéquat ». Le système des « super-infirmières », qui requiert des infirmières spécialisées, existe déjà au Québec, mais souffre lui aussi d'une pénurie de personnels.

Car la pandémie de Covid n'a fait qu'exacerber des problèmes existants : un guichet unique qui, faute d'autres solutions, conduit à l'engorgement des services d'urgences des hôpitaux – début septembre, leur taux d'occupation atteignait 118 % au Québec avec des patients en attente depuis parfois plus de 48 heures sur les civières – et un manque d'effectifs global des personnels soignants qui provoque fermetures de lits, ou de services dans les régions rurales, jusqu'à une absence totale d'offres de soins dans les villages reculés du Nunavik dans le Grand Nord québécois. Certains établissements et certaines municipalités s'organisent pour recruter des infirmières à l'étranger.

« Toute la profession des infirmières est en état d'épuisement général, résultat, cinq ans après la fin des jeunes études, 30 % à 35 % des jeunes ont quitté le réseau public », témoigne Julie Bouchard, présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, qui estime qu'il manquerait aujourd'hui 10 000 infirmières. Celles qui travaillent enchaînent les journées de seize heures, avec une pression accentuée par une contrainte propre à la province : un « temps de travail obligatoire » désormais imposé par les directions des hôpitaux pour pallier la pénurie de personnel. Le syndicat a déposé en février une plainte auprès du Bureau international

CES MÉDECINS, PAYÉS PAR L'ÉTAT, BÉNÉFICIENT DE RÉMUNÉRATIONS IMPORTANTES, EN FORTE HAUSSE DEPUIS UNE DIZAINE D'ANNÉES

du travail, afin que ce temps supplémentaire, érigé en système de gestion, soit reconnu comme du « travail forcé ».

Après deux réformes en 2000 et 2015 visant à centraliser le réseau public de la santé et faire des économies, le « parc » des hôpitaux a encore du chemin à faire pour entrer de plain-pied dans la modernité : bâtiments vétustes pour certains, suradministration à l'ancienne où le patient est appelé à envoyer son ordonnance par... fax, numérisation anarchique, etc. « Le plus compliqué, c'est d'entrer dans le système, mais une fois pris en charge, quel service ! », s'exclame pourtant Jean-Alexandre, un Français installé à Montréal, récemment opéré d'un décollement de la rétine. Accueilli un dimanche aux urgences d'un grand hôpital montréalais, il a été « priorisé » par les équipes, opéré quelques heures plus tard et bénéficie depuis, d'un suivi régulier et personnel de la part du chirurgien qui l'a opéré.

Car les hôpitaux du Québec ne se résument pas à ces « monstres administratifs » sous-dotés en personnel. Depuis une vingtaine d'années, des investissements importants consentis par les gouvernements ont permis de faire étaier des centres universitaires hospitaliers, dont certains sont désormais de rang mondial. Avec près de 400 000 mètres carrés de bâtiments flambant neufs, le Centre hospitalier de l'université de Montréal regroupe ainsi hôpital, cliniques ultra-spécialisées, campus universitaire, centre de recherches et depuis 2018, une École d'intelligence artificielle en santé.

Assouplir le numerus clausus

Le « rétablissement » global du système de santé est au cœur de la campagne électorale en cours. Des élections provinciales auront lieu le 3 octobre. Le ministre de la santé, Christian Dubé (Coalition Avenir Québec), a lancé en mai un vaste chantier visant à fluidifier le parcours de soins, il ne désespère pas d'aboutir à une négociation avec les médecins afin de changer leur mode de rémunération qui les pousserait à s'occuper de plus de patients, le premier ministre sortant François Legault s'est par ailleurs engagé à assouplir le numerus clausus des étudiants en médecine.

Fin août, un père de famille québécois, de retour de vacances aux États-Unis relatait, sur les réseaux sociaux, l'expérience de sa fille hospitalisée dans un hôpital du Vermont pour une suspicion d'appendicite, « coût total, 9000 dollars américains », témoignait-il. « Notre système de santé est imparfait mais il reste accessible. » ■

HÉLÈNE JOUAN