

# « Dans les déserts médicaux, faire avec les troupes que l'on a »

François Braun, ministre de la santé, détaille la méthode et les ambitions de la « grande concertation » qu'il inaugure le 3 octobre

## ENTRETIEN

**C**ela fait bientôt trois mois qu'il est arrivé avenue de Ségur, et François Braun, le ministre de la santé, entend y imprimer sa marque, en avançant sur plusieurs fronts. A la veille d'inaugurer le « conseil national de la refondation santé », l'ancien urgentiste fait le point sur les leviers qu'il peut actionner pour sortir le système de la crise, à l'hôpital, où les lits continuent de fermer, comme en ville, où les médecins ne sont plus en mesure de répondre, partout, aux besoins. Il espère que la concertation dans les territoires en apportera d'autres, adaptés au terrain.

**Vous allez inaugurer, le 3 octobre, au Mans, la déclinaison au secteur de la santé du Conseil national de la refondation (CNR) voulu par Emmanuel Macron. Concrètement, que va-t-il se passer ?**

L'inauguration aura lieu lundi, au Mans, mais le premier groupe de travail est déjà à l'œuvre vendredi 30 septembre, à huis clos. L'objectif est de réunir autour d'une même table, à l'échelon local – en commençant, donc, par la Sarthe –, des citoyens et des professionnels de santé volontaires, des élus, une centaine de personnes en tout, pour réfléchir autour de « figures imposées ».

Dans chaque territoire, ces « figures » seront les quatre mêmes : un médecin traitant pour tous, l'impératif de la permanence des soins, l'attractivité médicale et la prévention. Je présenterai lundi les résultats de la première séance. Ces mêmes débats se tiendront partout ces prochains mois.

**A-t-on besoin d'une énième concertation quand le constat d'un système de santé en crise semble partagé ?**

L'idée n'est pas de lancer une énième concertation sur le diagnostic – on le connaît – mais de faire émerger les solutions imaginées

et attendues localement. Comment répondre aux problèmes de notre territoire, avec les outils dont on dispose ? Voilà la question.

On sait que des solutions ont déjà été trouvées localement. Je pense à l'expérimentation, dans la Creuse, d'un centre médical où des médecins de toute la France peuvent venir travailler deux fois par mois. Ce centre sera inauguré sous peu. Son planning est déjà plein pendant six mois. Il faut se pencher sur ces projets qui fonctionnent, se demander comment les exporter, en inventer d'autres... Je n'ai pas d'idées toutes faites mais j'avance sans tabou.

**Sans tabou ? Est-ce à dire que la coercition en matière d'installation des médecins – dont ils ne veulent pas – n'en est pas un ?**

Rien n'est tabou dans les discussions à venir. En revanche, je reste opposé à la coercition à l'installation. Pas par dogme, mais parce que ça ne marche pas. Ne mentons pas aux Français : le pays connaît, partout, des problèmes de démographie médicale. Ces personnes qui défendent la coercition, où pensent-elles trouver des médecins en trop ? Certains élus portent des propositions de loi favorables à la contrainte [une dizaine est en préparation], ce ne peut être la bonne méthode.

**Mais l'incitation et toutes les aides proposées ces dernières années n'ont pas empêché l'extension des déserts médicaux...**

Il n'y a pas de solution miracle. Je veux être réaliste : on a beau avoir cassé le numerus clausus, on ne va pas avoir 5 000 médecins et 20 000 infirmières en plus en un claquement de doigts. Non : dans les déserts médicaux, on va devoir faire la guerre avec les troupes qu'on a, en misant sur la coopération entre les acteurs.

Tout d'abord, pour que les médecins puissent mieux travailler et accueillir davantage de patients, il nous faut rendre plus simples les dispositifs d'aides. Tous les territoires

**« MON OBJECTIF EST QUE CHACUN AIT UN MÉDECIN TRAITANT. IL FAUT AIDER NOS COMPATRIOTES À EN TROUVER »**

seront incités à ouvrir des « guichets uniques » permettant de répondre aux questions qui se posent à l'installation. Un autre levier est celui des assistants médicaux, qui permettent d'augmenter de 10 % la patientèle d'un médecin. En accroissant leur nombre et en remettant en jeu les contraintes de déploiement, on facilitera le quotidien des médecins.

Les médecins libéraux vont engager avec l'Assurance-maladie des négociations dans le cadre de la convention médicale. Je ne doute pas un instant qu'au regard des attentes de nos concitoyens, chacun saura trouver le juste équilibre entre les droits et les devoirs.

**Une consultation hors médecin traitant est moins bien remboursée, alors que 6 millions de Français n'en trouvent pas. Ne risque-t-on pas de les pousser à renoncer aux soins ?**

Le risque existe. Parmi les Français qui n'ont pas de médecin traitant, il y a ceux qui n'en éprouvent pas spécialement le besoin, je pense notamment aux jeunes, mais il y a aussi tous ceux qui cherchent en vain. Mon objectif est que chacun ait un médecin traitant. Il faut aider nos compatriotes à en

trouver. Des expériences intéressantes existent ; la communauté professionnelle territoriale de santé de Metz, un territoire que je connais bien pour y avoir exercé, a mis en place une ligne téléphonique et une adresse Internet pour assister ces patients.

**Vous venez d'officialiser un autre levier : « encourager » les internes de médecine générale à exercer en zone reculée lors d'une quatrième année de consolidation. Ils ont aussitôt prévenu qu'ils s'opposeraient à toute obligation...**

J'ai vu leurs représentants jeudi. Il n'a jamais été question, je le redis, de les obliger à faire cette année à un endroit ou à un autre. La seule obligation sera de faire ce stage en ambulatoire. Le reste relèvera de l'incitation, et nous allons travailler pour rendre leur exercice attractif, par exemple en leur proposant des actions concrètes en matière de logement ou de transport.

**Existe-t-il d'autres leviers pour agir à moyen et long termes ?**

Je suis favorable à ce que les internes puissent faire, plus tôt, dès leur troisième année

## Covid-19 : les vaccins adaptés à Omicron disponibles le 3 octobre

Les plus de 60 ans et les personnes vulnérables sont appelés à recevoir une nouvelle dose dans un contexte de reprise épidémique

**A**nnoncée de longue date, la campagne de vaccination automnale contre le Covid-19 doit commencer lundi 3 octobre. Il s'agit du prolongement de la campagne pour le deuxième rappel ouverte dès mars aux plus de 80 ans et élargie en avril aux 60-80 ans. A une différence – notable – près : des vaccins dits « bivalents », adaptés au variant Omicron, sont disponibles, en plus de ceux dont on disposait jusque-là. Des alliés de taille dans la bataille contre le virus SARS-CoV-2, qui repart à l'attaque depuis début septembre.

Depuis le 26 septembre, les médecins, pharmaciens, infirmiers et autres professionnels autorisés à vacciner contre le Covid-19 peuvent commander des doses du vaccin de Moderna adapté à BA.1, le sous-variant d'Omicron qui était majoritaire en janvier. Pour cette première livraison, prévue entre jeudi et vendredi, seulement 576 000 doses étaient disponibles, « un nombre relativement limité », admet la direction générale de la santé dans une note envoyée aux professionnels de santé le 23 septembre. Mais « d'ici fin oc-

tobre, plusieurs millions de doses de vaccins adaptés seront livrées en stock national », peut-on lire dans une autre note envoyée le 28 septembre. Dès le 3 octobre, le vaccin de Pfizer adapté, lui, au sous-variant BA.5, actuellement majoritaire, pourra lui aussi être commandé, pour une livraison entre le 6 et le 11 octobre.

**Rythme d'injections au plus bas**

De son côté, le vaccin de Moderna adapté à BA.5 est depuis mardi en cours d'évaluation par l'Agence européenne des médicaments, qui devrait bientôt rendre sa décision. « Mais il n'y a pas de raison de penser que son efficacité soit moindre que le vaccin adapté à BA.1 », souligne Jean-Daniel Lelièvre, professeur en immunologie et expert en vaccins pour le compte de la Haute Autorité de santé (HAS).

Le profil des personnes concernées par cette dose supplémentaire n'a pas changé depuis juillet ; il a été rappelé dans le dernier avis de la HAS sur le sujet : les résidents d'Ehpad, les personnes de 60 ans et plus, les immunodéprimés, les personnes souffrant de comorbidités, les femmes en

ceintes, dès le premier trimestre de grossesse. Une population estimée à plus de 17 millions de personnes. Les personnes en contact régulier avec des personnes vulnérables sont aussi concernées, ce qui inclut les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social – sans obligation.

Malgré ces recommandations plutôt anciennes, les personnes éligibles ne se sont jusque-là pas déplacées en masse : un peu plus de 6 millions de personnes ont reçu deux doses de rappel (pour la plupart, il s'agit d'une quatrième dose), soit environ un tiers de celles qui auraient pu en bénéficier.

Certes, certaines ont pu être contaminées lors des sixième et septième vagues, retardant ainsi l'injection, mais, plus globalement, l'engorgement pour la vaccination s'est tassé après le premier rappel, que 82 % de la population éligible ont reçu, selon la Caisse nationale d'assurance-maladie. Le rythme d'injections quotidiennes est au plus bas, avec environ 3 600 doses injectées par jour.

Avec le rebond épidémique, la question de la protection vaccinale des plus vulnérables s'im-

**40 000 PERSONNES SONT DÉCLARÉES POSITIVES TOUS LES JOURS, MALGRÉ UN TAUX DE DÉPISTAGE HISTORIQUEMENT FAIBLE**

pose de nouveau. Le nombre de nouveaux cas continue à augmenter avec 40 000 personnes déclarées positives tous les jours – et ce malgré un taux de dépistage historiquement faible pour un début de vague. Signal plus clair et beaucoup plus inquiétant, la hausse des hospitalisations est plus importante qu'attendue : les nouvelles admissions ont augmenté de 45 % en une semaine et la tendance se répercute déjà sur les réanimations (+30 %).

C'est pourquoi le ministère recommande même aux personnes ayant déjà reçu un deuxième rappel depuis longtemps (plus de trois mois pour les plus de 80 ans et plus de six mois pour les 60-80 ans) de recevoir « une dose additionnelle ». « Les gens à distance de leur dernière dose ont

toutes les raisons d'en redemander une », insiste Jean-Daniel Lelièvre. Dans la population cible, beaucoup de personnes sont concernées par l'immunosénescence, avec un système immunitaire moins performant en cas de réinfection. Mais il n'est pas encore envisagé d'étendre ces doses supplémentaires aux plus jeunes.

Les données fournies par Moderna montrent que les patients ayant reçu une dose de vaccin adapté à BA.1 produisent près de deux fois plus d'anticorps neutralisant le variant Omicron que ceux ayant reçu le vaccin classique. Par ailleurs, la posologie de la dose a été réduite à 50 microgrammes de produit, contre 100 pour l'ancien vaccin monovalent, associé à un risque de myocardites pour les moins de 30 ans. « Le dosage de Moderna a été adapté, il y a donc a priori moins de risque de myocardites », souligne Mathieu Molimard, chef du service de pharmacologie médicale du centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

Concernant le vaccin de Pfizer adapté à BA.5, seules des données précliniques, en première dose de

rappel chez la souris, sont disponibles. Mais la HAS a estimé que, en raison de la grande similitude entre les différentes versions des vaccins à ARN, des comparaisons indirectes suffisaient pour autoriser son utilisation. Dans tous les cas, « les vaccins bivalents ont une efficacité en production d'anticorps supérieure aux monovalents face à Omicron », précise Mathieu Molimard. Et « une chose est sûre : on garde la même efficacité face au variant historique », ce qui peut être un avantage au cas d'apparition d'un nouveau variant dans le futur, puisque Omicron est peu protecteur vis-à-vis des autres variants.

« Mais ce n'est pas suffisant pour jeter les anciens vaccins », précise l'expert. Des études menées en vie réelle en Israël, en Suède et à Singapour montrent que la quatrième dose de vaccin monovalent fournit une protection élevée contre les hospitalisations et les décès. En cas de rappel lointain, mieux vaut ne pas attendre les nouveaux vaccins. « Le meilleur vaccin est celui disponible dès aujourd'hui », insiste Mathieu Molimard. ■

DELPHINE ROUCAUTE

