

Revue de presse n°69

Du 10 au 14 mai 2021

Sagéo lance le Popmètre dès lundi 17/05
dans ses centres de santé

Sagéo

| Prévention

Ici, votre centre dépiste
les risques cardiovasculaires
en quelques minutes.



Profitez de votre visite pour faire le test rapide et indolore du pOpmetre. Vous obtiendrez le diagnostic de votre rigidité artérielle, meilleur prédicteur des évènements cardio-vasculaires.

Les maladies cardiovasculaires sont la 1ère cause de mortalité dans le monde.

Les facteurs de risque (surpoids, hypertension, diabète, tabac, alcool...) cumulés aux années de vie entraînent un épaississement de la paroi des artères qui perd de son élasticité. Plus cette paroi est épaisse, plus les artères sont rigides. Le cœur doit alors fournir davantage d'efforts pour «pomper» le sang, il se fatigue...



WWW.SAGEO-SANTE.ORG

SOMMAIRE

1 Secteur de la santé	3
Le Gouvernement lance le 4ème plan national santé environnement et annonce un ToxiScore	3
Autonomie : réaménagée, la réforme revient sur le devant de la scène	4
Régionales : Les propositions de Valérie Pécresse en matière de santé	5
Le futur CHU de Saint-Ouen interroge la politique de santé de demain	6
2 Pôles de santé, médecins généralistes	11
DocCity ouvre sa première maison de santé nouvelle génération, le 7 juin au Pôle santé du Grand Narbonne.	11
Pourquoi les médecins qui exercent en maisons de santé gagnent plus que leurs confrères	11
Désert médical	14
La future maison de santé Le Malesherbois/Puiseaux cherche des médecins... et sollicite Marion Cotillard	14
3 E-santé	16
E-Santé : Axa et Microsoft créent une plateforme commune	16
e-santé : Alan lève 185 millions d'euros	17
4 Sagéo et ses partenaires	19
Des médecins entrent en gare d'Angoulême.....	19

1 Secteur de la santé

L'ADN, 11/05/2021

Le Gouvernement lance le 4ème plan national santé environnement et annonce un ToxiScore

À l'occasion du lancement du quatrième plan national santé environnement (PNSE 4), le gouvernement a annoncé sa volonté de mettre en place, un ToxiScore, pour permettre aux consommateurs d'identifier les substances nocives pour la santé contenues dans les produits ménagers.

Alors que selon l'Organisation mondiale de la santé, **les facteurs environnementaux et comportementaux sont responsables de 15% des décès en Europe**, le PNSE4 a pour objectif de mieux maîtriser les risques environnementaux pour un environnement plus sain et plus favorable à la santé. En effet, la crise sanitaire a souligné les liens étroits entre santé humaine, santé des animaux et santé de l'environnement.

Un ensemble d'outils au service de la transparence

Pour répondre aux enjeux du PNSE 4, l'Etat prévoit notamment à travers ce plan de :

- Mettre à disposition un service numérique public pour connaître la qualité de son environnement immédiat
- Permettre à chacun d'identifier la présence de substances chimiques dangereuses dans des produits du quotidien *via* une application
- Améliorer la lisibilité de l'étiquetage des produits ménagers pour réduire les risques liés à leur utilisation
- Mieux informer les propriétaires, en partenariat avec la profession vétérinaire, sur les risques associés aux recours aux produits biocides pour animaux de compagnie
- Éviter les « phénomènes de mousses » parfois observés sur les plages françaises liés à une pollution des eaux par des molécules de détergents pétrochimiques
- Dédier une enveloppe de 90 millions d'euros pour financer des programmes de recherche scientifiques sur : les facteurs environnementaux qui, tout au long de la vie, ont un impact sur la santé et les pathogènes émergents, notamment ceux qui se propagent de l'animal à l'homme
- Interdire les lumières bleues les plus dangereuses dans les jouets des enfants
- Développer un espace commun de partage des données environnementales en open data
- Renforcer la surveillance de la santé animale pour prévenir le développement des maladies infectieuses

Un ToxiScore pour mieux informer le public des dangers des produits ménagers

Chaque année, un milliard de produits ménagers sont consommés en France. Tendances qui s'est accentuée avec la crise sanitaire. Si à ce jour les produits indiquent bien la présence de substance toxique, en revanche aucune indication ne permet de savoir si ces substances sont cancérigènes ou pas. L'objectif est de « permettre à chacun d'identifier la présence de substances chimiques dangereuses dans des produits du quotidien. » Le principe du ToxiScore sera basé sur un logo qui permettra d'évaluer le « **potentiel cancérigène** » d'un produit, dans le même état d'esprit que le nutri-score. Cet étiquetage permettra de **favoriser la prévention des maladies**, comme le réclame la Ligue contre le cancer depuis 2018. **Le ToxiScore devrait voir le jour en 2022 et concernera tous les produits ménagers.**

« Ce ToxiScore concernera tous les produits ménagers qu'on achète pour notamment nettoyer la salle de bain, nettoyer par terre [...] Il faut qu'on sache au premier coup d'œil s'il faut prendre des précautions d'utilisation, par exemple pour mettre des gants ou bien aérer la pièce ».

Barbara Pompili, ministre de la Transition écologique

Autonomie : réaménagée, la réforme revient sur le devant de la scène

Brigitte Bourguignon estime que les crédits déjà votés et l'accent mis sur le virage domiciliaire vont permettre de réduire le coût de la réforme à 3 milliards par an. Objectifs : ouvrir les Ehpad sur la ville, créer des emplois, unifier les tarifs d'aide.

Elle n'a pas dit son dernier mot. La réforme du grand âge et de l'autonomie pourrait revenir au premier plan, au moment où Emmanuel Macron assure vouloir agir jusqu'au bout de son quinquennat, et où les réflexions vont bon train sur ce qui peut encore être fait, notamment autour de « l'entraide générationnelle ».

La préparation d'un projet de loi s'accélère, en « tenant compte des enseignements de la crise », insiste la ministre déléguée chargée de l'autonomie Brigitte Bourguignon. « Est-ce qu'on s'occupe de ce sujet uniquement en temps de crise sanitaire et de canicule ou a-t-on un autre projet ? Les Français refusent de ne plus vivre chez eux. A partir de là, la feuille de route est tracée », avance celle qui veut faire de cette réforme un « projet social et sociétal », qui ne se réduirait pas au grand âge et à la dépendance.

En juillet ou en septembre au Parlement

La réforme avait été mise en veilleuse ces derniers mois, dans la bousculade de la crise, et parce que le sujet semblait délicat à manier politiquement, avec la montée du débat sur les générations sacrifiées par les conséquences des confinements. Alors que certains imaginaient de traiter ensemble la dépendance et les retraites, la ministre pousse pour décorrélérer les deux réformes et faire passer au Parlement - déjà ultra-embouteillé - un texte pour lequel elle imagine « une grosse semaine de débat », en juillet ou en septembre.

Macron cherche grande réforme pour après-Covid

Le nouveau mot d'ordre, c'est le « virage domiciliaire », sur le modèle du « virage ambulatoire » imprimé au système de santé : moins de séjours en établissement, plus de proximité. Cette transformation de la prise en charge des personnes dépendantes implique de « travailler à la fois sur les métiers, les bâtis, le logement », souligne-t-elle, en citant en exemple le Danemark.

350.000 emplois en 2030

C'est un chantier pourvoyeur d'emplois pour les jeunes ou les personnes en reconversion, car les besoins sont estimés à 350.000 emplois d'ici à 2030. Et une réforme qui, avec un volet métiers et formation plus musclé, est « moins clivante que d'autres, autour de laquelle on peut se retrouver », estime-t-elle. Le projet de loi serait générationnel, car d'un côté, on s'occuperait des personnes âgées, de l'autre, on offrirait des formations aux jeunes et des reconversions aux nouveaux chômeurs. « C'est un projet économique et sociétal de sortie de crise », plaide-t-on au ministère.

La réforme est en quelque sorte déjà lancée, dit Brigitte Bourguignon. Des fonds ont été votés en 2020, dans l'émotion suscitée par l'hécatombe de personnes dépendantes frappées par le Covid. Le Ségur de la Santé et le plan de relance ont apporté 2 milliards d'euros par an, essentiellement en revalorisations des personnels, mais aussi en investissements dans les établissements (numérisation, rénovation, équipement). Par ailleurs, érigée en cinquième branche de la Sécurité sociale, l'Autonomie va bénéficier à partir de 2024 d'une fraction de 2,3 milliards de CSG supplémentaire chaque année.

3 milliards d'euros par an

Le gouvernement compte aussi sur le virage domiciliaire pour rendre la réforme « plus sobre », c'est-à-dire moins chère que prévu, assure l'entourage de la ministre. Le rapport Libault de 2019 avait posé les termes du débat en estimant qu'il faudrait dégager 9,2 milliards d'euros par an à l'horizon 2030.

« Là, avec le Ségur de la Santé, le plan de relance, la quote-part de CSG, on est déjà à plus du tiers de l'effort », indique une source au ministère. « Bon an mal an, il manque 3 milliards d'euros pour rénover les Ehpad, les ouvrir sur l'extérieur, et pour investir dans les métiers », complète une autre source.

La priorité ne semble donc pas être de réduire le reste à charge des personnes âgées dépendantes. Mais le gouvernement veut au moins rendre la facture moins variable, en unifiant les tarifs départementaux de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA). Un « tarif socle » national serait instauré pour cette prestation sociale qui permet de rémunérer les aides à domicile ou l'hébergement en Ehpad. Par ailleurs, l'un des objectifs de la réforme sera d'inciter les personnes âgées à domicile à utiliser les crédits disponibles pour adapter leur logement, ce qu'elles font rarement.

Isabelle Ficek et Solveig Godeluck

Infirmiers.com, 11/05/2021

Régionales : Les propositions de Valérie Péresse en matière de santé

Lors d'une conférence de presse organisée ce mardi, Valérie Péresse (LR), candidate à sa réélection à la présidence de la région Ile-de-France, a présenté les propositions de son collectif Ile-de-France Rassemblée en matière de santé, avec une volonté affichée de poursuivre et d'amplifier les mesures mises en place lors de son précédent mandat et de répondre aux enjeux soulevés par la crise sanitaire. Afin de lutter contre la désertification médicale, qui touche fortement la région en-dehors des zones urbaines, il s'agirait ainsi d'accélérer le déploiement des maisons de santé sur tout le territoire en amplifiant l'aide à leur installation. De créer par ailleurs une flotte de bus médicaux, à l'image des bus de vaccination utilisés dans la lutte contre le Covid-19, afin de toucher les populations les plus éloignées du système de soin. Valérie Péresse entend également poursuivre le soutien à l'installation des professionnels de santé dans les quartiers populaires et les territoires ruraux (81 en ont bénéficié au cours de son précédent mandat). L'amélioration de la prise en charge des soins urgents passerait par une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital avec, notamment, l'ouverture de maisons médicales de garde près des hôpitaux, pour soulager les urgences, ou encore le développement de la visio-consultation dans les SAMU Centres 15. La crise a mis en évidence l'importance de la question de l'accessibilité aux soins urgents, a en effet relevé Agnès Ricard-Hibon, cheffe du SAMU 95.

La pandémie de Covid a également mis en évidence la difficulté pour le système hospitalier d'absorber le flux des malades lors des crises sanitaires, avec son lot de déprogrammations et de transferts de patients. La candidate souhaite donc poursuivre le programme lancé afin de fournir 500 lits de réanimation, en finançant notamment l'achat de matériel, et renforcer les capacités des hôpitaux franciliens. S'y ajoute la formation de 3 000 infirmiers supplémentaires pour répondre aux besoins des établissements mais aussi de la médecine libérale de ville. Côté santé mentale, le projet santé de Valérie Péresse propose la création de 1 000 lits dédiés à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, la mise en place de formations supplémentaires à destination des professionnels, ainsi qu'un soutien amplifié à l'ouverture de logements inclusifs pour les personnes atteintes de handicap psychique. Il s'agit enfin de fidéliser les soignants en les soutenant par la construction de logements qui leur seront réservés et par l'équipement de 350 salles de repos au sein des hôpitaux, mais aussi des cliniques privées. La recherche en santé n'est pas oubliée puisque la région prévoit de financer 20 grands projets (cancer, vaccins, thérapie génique...) pour retrouver sa souveraineté médicale.

Valérie Péresse s'est engagée à créer une mutuelle régionale à destination des publics sans mutuelle professionnelle (retraités, travailleurs indépendants, étudiants, demandeurs d'emploi), avec l'espoir, par un appel d'offre général, de provoquer une diminution des prix de 30 %. Elle espère également profiter de la loi 4D sur la décentralisation pour lancer une expérimentation consistant à confier la présidence de l'ARS à la région. L'objectif : améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de soin du territoire et avec les instances et élus locaux. Enfin, le budget dédié à la prévention et à la lutte contre le VIH serait doublé afin de créer une "Île-de-France sans Sida", la région comptabilisant actuellement à elle seule 40 % des contaminations par an en France. En tout, Valérie Péresse entend consacrer un budget de 1 milliard d'euros à la santé. Nous avons démontré que la région pouvait prendre en charge petit à petit la compétence en santé et nous entendons poursuivre dans cette voie, a-t-elle conclu.

Le futur CHU de Saint-Ouen interroge la politique de santé de demain

L'histoire de ce projet immobilier au nord de Paris, fruit de la fusion des centres Bichat et Beaujon d'ici à 2028, raconte la politique de rationalisation des soins à l'œuvre dans l'hôpital public, sur tout le territoire, depuis plus de vingt ans.



Vue du futur CHU Saint-Ouen Grand Paris-Nord, à Saint-Ouen (Seine-Saint-Denis), dessiné par Renzo Piano Building Workshop et Brunet Saunier Architecture. RPBW, RENDERING BY ARTEFACTORYLAB

Sur les présentations officielles, il est l'hôpital de tous les superlatifs et de toutes les promesses. Celui du XXI^e siècle. « *Le premier campus médical et dentaire d'Europe en taille* », « *un équipement ambitieux et innovant* », qui sera construit pour les cinquante années à venir, saura faire face aux prochaines crises, s'adapter à la médecine de demain, puisqu'il sera, évidemment, « *agile* » et « *flexible* ».

Le futur centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Ouen Grand Paris Nord, fruit de la fusion des actuels CHU Bichat et Beaujon, attendu d'ici à 2028 au nord de la capitale, réussirait même le pari à 1,3 milliard d'euros de rééquilibrer l'offre de soins particulièrement inégalitaire en Ile-de-France. Et la prouesse de sortir la Seine-Saint-Denis de son statut de désert médical.

« *Du beau* », « *de l'excellence* », pour Saint-Ouen et la banlieue, applaudit Karim Bouamrane, le maire socialiste de la ville hôte, dopé au cinéma américain et à la « *méritocratie républicaine* ». Il était membre du jury du concours qui, le 3 mars, a désigné lauréat, pour l'hôpital, le groupement emmené par Renzo Piano, Prix Pritzker, l'équivalent du Nobel en architecture. Qui dit CHU, dit aussi université. Les 12 500 étudiants annoncés, les laboratoires de recherche « *joueront forcément sur l'attractivité du territoire* », complète Stéphane Troussel, le président du département.

Rassembler les deux sites « revient à fermer Beaujon »

L'accueil est beaucoup plus réservé de l'autre côté du boulevard périphérique, dans les tours de Bichat, ou, plus à l'ouest, à Clichy-la-Garenne, dans les Hauts-de-Seine, où soignants et médecins, usés par la pandémie et inquiets de ses répercussions, voient dans ce projet immobilier le prolongement de la politique de réduction des coûts à laquelle ils sont soumis et dont souffre l'hôpital public depuis des années.

Bien sûr, les débats se sont d'abord focalisés sur les fermetures de lits. Les premiers documents présentés par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), qui pilote là sa plus grosse opération depuis l'ouverture de l'hôpital européen Georges-Pompidou il y a vingt ans, mentionnaient 389 lits de médecine, de chirurgie, et d'obstétrique en moins, sur les 1 049 d'aujourd'hui. Rassembler deux sites en un « *revient donc à fermer Beaujon* », résume Olivier Milleron, cardiologue à Bichat, qui milite au sein du collectif interhospitaux. La crise due au Covid-19 est passée par là. L'AP-HP a obtenu de Matignon l'ajout de quelque 90 lits et une autorisation d'emprunt supplémentaire de 70 millions d'euros.

De savantes formules mathématiques rédigées avec des sigma et des « racines de GHM », annexées au projet médical d'établissement, annoncent les objectifs : une performance accrue, des durées de séjour toujours plus courtes.

Mais les réserves dépassent le seul sujet dit du « capacitaire ». C'est la philosophie même du projet qui est dénoncée. De savantes formules mathématiques rédigées avec des sigma et des « *racines de GHM* », annexées au projet médical d'établissement, annoncent les objectifs : une performance accrue, des durées de séjour toujours plus courtes, des taux d'occupation de services si élevés qu'il sera impossible « *d'accueillir les patients non programmés* », c'est-à-dire les urgences s'inquiètent les médecins.

La situation particulièrement défavorisée du territoire exacerbe les débats. Le CHU Grand Paris Nord sera un centre de référence dans bien des spécialités mais il doit aussi remplir sa mission de proximité. Or, ici vivent des populations fragiles, celles-là même qui paient le plus lourd tribut à la pandémie. Lorsqu'elles frappent à la porte, leur prise en charge est souvent beaucoup plus lourde.

Les équations de la « *note méthodologique* » de sept pages prennent encore plus de relief quand on en connaît l'origine. Selon les informations du *Monde*, ce document a été élaboré par le cabinet privé Ylios, spécialiste en « *stratégie et organisation* », aidé de la société de conseil Capgemini. Or, ce sont « *les mêmes éléments* », « *la même grammaire* », « *qui étaient appliqués sur tous les projets* », confie, sous couvert d'anonymat, un de ces consultants qui a travaillé, au cours de la dernière décennie, à la « *modernisation* », de nombreux CHU et hôpitaux en France.



Ambulatoire RPBW

Les négociations nourries qui ont lieu actuellement entre la direction de l'AP-HP, les soignants, les élus et l'Etat racontent de fait une histoire beaucoup plus large. A Nantes, Tours, Caen, Nancy, Reims, pour ne citer que ces villes, les crispations sont les mêmes. Partout, des hôpitaux flambant neufs doivent sortir de terre d'ici à dix ans. Partout, le ton monte contre des projets trop étriqués. Philippe El Saïr, le nouveau directeur du CHU de Nantes, l'a même reconnu, en conférence de presse, en septembre 2020, après s'être plongé dans le dossier du déménagement des hôpitaux de la ville sur l'île de Nantes. « *On est dans l'une des métropoles françaises qui enregistre la plus forte croissance de population, il y aurait un paradoxe à baisser le nombre de lits.* » Partout, les élus se mobilisent.

Tous ces projets qui dessinent la médecine de demain sont les héritiers de vingt ans de politique de rationalisation des coûts

Certes, de nombreuses interventions se prêtent désormais à une prise en charge en « ambulatoire », c'est-à-dire sans nuit à l'hôpital. Mais tous ces projets qui dessinent la médecine de demain sont les héritiers de vingt ans de politique de rationalisation des coûts, avec pour acmé ces années dites du Copermo (le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins), au cours desquelles les directions d'établissement ont fait appel à des cabinets de conseil pour répondre aux contraintes budgétaires qui leur étaient imposées. « *Certains curseurs ont été poussés très loin, reconnaît aujourd'hui un consultant. Mais nous étions la main des tutelles dont les seuils étaient très volontaristes.* »

Lorsque le président de la République François Hollande annonce en juillet 2013 un futur « *hôpital nord du Grand Paris* », et demande à l'AP-HP de lancer le chantier au plus vite, le Copermo n'a pas un mois d'existence. Le principe est simple. Pour tout investissement supérieur à 50 millions d'euros, l'aval de Bercy et du ministère de la santé est requis. Les dossiers sont lourds à renseigner. En 2015, Ylios et Capgemini décrochent la mission de l'AP-HP. Il s'agit d'aider le siège à définir la stratégie médicale du Nord parisien : dimensionner le nouveau Lariboisière et le remplaçant de Bichat et Beaujon. Les architectures verticales de ces deux derniers établissements n'étant pas adaptées à l'ère du flexible et du modulable.

Ce sont les deux mêmes cabinets, Ylios et Capgemini, qui, en 2016, interviennent à Tours pour « *le nouvel hôpital Trousseau* ». Des séminaires et des ateliers sont organisés. Cadres et médecins y sont conviés. A l'issue, la même recette de l'hôpital à moindre coût est présentée : réduction des lits (donc de personnel), développement de l'ambulatoire, report sur la médecine de ville. « *Dans ce contexte, les professionnels du CHRU devront changer leurs pratiques et innover pour répondre aux nouveaux enjeux liés à la performance* », prévient Capgemini Consulting dans ses documents. Mais « *le projet immobilier est le catalyseur qui permettra de mettre en œuvre de nouvelles organisations* ». « *L'argument de l'hôpital neuf joue beaucoup pour gagner l'assentiment d'une communauté médicale* », reconnaît un consultant.

Du numérique à tous les étages

Dans un essai de 45 pages, *L'Hôpital, une nouvelle industrie* (Gallimard, 2020), Stéphane Velut, chef du service de neurochirurgie à Tours, décrypte le langage et la méthode de ceux qui sont venus lui annoncer que « *tout en restant dans une démarche d'excellence, il fallait désormais transformer l'hôpital de stock en hôpital de flux* ». « *Le système de flux marche bien quand tout se passe bien, détaille-t-il au Monde. Mais c'est oublier qu'un malade peut faire une complication postopératoire et occuper un lit trois semaines au lieu de cinq jours.* »



Vue de l'entrée depuis le parvis. RPBW, RENDERING BY ARTEFACTORYLAB

A Tours, Paris, partout ailleurs, on vend du numérique à tous les étages, un hôtel hospitalier pour les patients qui ne nécessitent pas de surveillance. Et des unités de 28 à 32 lits qui répondent au nouveau standard : une infirmière pour 14 malades (hors soins critiques), quand elles s'occupaient de 9 ou 10 patients dans les années 1990. Il y a aussi « *ces principes de porosité entre les services* », ajoute un autre consultant. « *L'idée est, que, au sein d'une même unité, la cardiologie puisse, par exemple, s'étendre sur la pneumologie. N'allez pas dire que je suis pour la polyvalence, mais on parle de lits. Les médecins peuvent tout de même se déplacer s'ils ont des malades d'un côté ou de l'autre.* » A Tours, Capgemini décroche la mission post-Copermo pour apprendre à tous à faire mieux avec moins. Une formation au Lean Management, cette méthode tout droit venue de l'industrie, est proposée à des cadres et soignants référents.

A Paris, la question d'un moratoire s'est posée lorsque le programme a été passé au filtre de la crise, après le premier confinement. Mais c'était faire prendre du retard au projet. La vague du Covid-19, qui aura eu le mérite de mettre la santé publique à l'agenda politique, est venue se déverser sur tout cela. « *Il y a eu une prise de conscience que ces règles étaient trop économiques, trop gestionnaires, et que la logique sanitaire n'était pas prise à sa bonne mesure* », observe le médecin et sénateur (apparenté PS) Bernard Jomier. Le Ségur de la santé dissout le Copermo. « *C'en est terminé du dogme de la réduction de lits* », jure le ministre de la santé Olivier Véran. « *La méthode Ségur, c'est le retour à un regard médical, de terrain* », précisent ses équipes, même si les projets doivent « *évidemment viser une organisation fonctionnelle et soutenable dans le temps* ». Les dossiers sur les rails sont réétudiés. A titre d'exemples, Nantes obtient 110 millions d'euros d'aides supplémentaires. Nancy, 110 millions et 150 lits. Tours, 90 millions et 84 lits. L'AP-HP, 90 lits et une nouvelle capacité d'emprunt.

A Paris, la question d'un moratoire s'est toutefois posée lorsque le programme a été passé au filtre de la crise, après le premier confinement. « *Mais sur un projet d'aussi longue haleine, nous avons fait le choix de ne pas relancer le processus pour ne pas retarder l'ouverture* », justifie Martin Hirsch, au Monde. Les lits supplémentaires détendent « *de facto les indicateurs de performance du Copermo* », explique Jean-Baptiste Hagenmüller, chargé du projet à l'AP-HP. La méthodologie est ajustée. « *Ce desserrement de la contrainte doit permettre d'assouplir les objectifs de la baisse de la durée moyenne de séjour* », et tenir davantage compte « *des patients précaires, isolés ou âgés* ». Un effort sera toujours demandé, mais il ne sera plus le même pour tous.

Coordination avec la médecine de ville

Depuis la fin du concours d'architecture début mars, des réunions se tiennent chaque mercredi avec les agences Renzo Piano et Brunet Saunier. Le programme doit être finalisé d'ici à l'été, le contrat signé en septembre. En parallèle, l'Assistance-publique réfléchit à la manière d'accueillir, sur le site pavillonnaire de Claude-Bernard, au pied de Bichat, des lits de soins de suite, de la gériatrie, et peut-être même de la psychiatrie. « *Nous travaillons à toutes les options complémentaires au bâtiment principal* », insiste Martin Hirsch, dont « *un projet complémentaire sur une parcelle adjacente* ».

Est-il aussi envisagé de revoir les ratios de personnel ? « *J'ai moi-même proposé qu'on rouvre le sujet. Cela peut être justifié si les séjours sont plus courts. Ce qu'on appelle la densité en soins serait alors plus proche de celle de certains hôpitaux européens.* » Pas question pour autant de faire le deuil de la performance.

La difficulté, aussi, c'est que ces projets reposent sur plusieurs jambes. La cure d'amaigrissement imposée à l'hôpital passe par le développement de l'ambulatoire et une meilleure coordination avec la médecine de ville, dit la théorie. Afficher une telle ambition sur le territoire de Plaine Commune est un sacré pari. Dans la Seine-Saint-Denis, la densité médicale par habitant est parmi les plus faibles de France. « *Dans cinq ans, sur les 17 généralistes que compte Saint-Ouen, une quinzaine auront dévissé leur plaque. Il restait un dermatologue et un rhumatologue, le rhumatologue vient de partir à la retraite* », détaille le docteur Mohad Djouab, qui porte plusieurs casquettes dont celle de responsable des centres municipaux de santé de la commune.

Les postes d'assistants partagés ville-hôpital « sont une bonne façon de fonctionner », confirme Philippe Gabriel Steg, patron de la cardiologie à Bichat

« *C'est-à-dire que, si on fait atterrir l'hôpital comme ça, ça ne marchera pas, ce sera un échec* », admet Bernard Jomier, qui connaît le dossier pour l'avoir suivi comme adjoint à la santé de la maire de Paris, entre 2014 et 2017. Il va falloir « *faire en sorte de trouver des formules qu'on n'a pas trouvées jusqu'à présent* », a concédé Martin Hirsch, début mars, lors du conseil municipal extraordinaire que la municipalité de Saint-Ouen consacrait au sujet. Au moins le patron des Hôpitaux de Paris peut-il compter sur la bonne disposition des élus locaux. S'ils se disent « *vigilants* », « *exigeants* » dans les courriers qu'ils lui adressent, tous ont pris le parti de saisir l'occasion d'améliorer l'offre de soins du territoire. « *On partage les craintes sur le capacitaire, mais mettons plutôt la pression sur l'AP-HP pour qu'elle prenne des engagements sur les temps partagés ville-hôpital, et réveillons-nous sur une approche globale*, insiste Katy Bontinck, vice-présidente de Plaine Commune. *Il y a sept ans pour créer des conditions favorables à l'installation des professionnels de santé.* »



Chambre type avec vue sur le patio. RPBW

Le docteur Mohad Djouab mise tout sur la nouvelle génération de praticiens, plus enclins, selon lui, à être salariés de centres ou de maisons de santé, sur lesquels la ville a un levier. « *Ce changement, on l'observe aussi chez les jeunes hospitaliers qui veulent avoir un pied aux urgences et un temps de respiration ailleurs.* »

Les postes d'assistants partagés ville-hôpital « sont une bonne façon de fonctionner », confirme Philippe Gabriel Steg, patron de la cardiologie à Bichat, et dont l'un des médecins exerce déjà ainsi. « *Il rapporte des malades au service, et le centre de santé a un lien avec l'hôpital.* » L'agence régionale de santé a aussi un vrai rôle à jouer. Tous parlent « *projet territorial de santé* », « *synergies à inventer* ». Des « *groupes de travail* » doivent voir le jour. Leur mission d'ici à 2028 est immense.

Emeline Cazi

2 Pôles de santé, médecins généralistes

L'Indépendant, 10/05/2021

DocCity ouvre sa première maison de santé nouvelle génération, le 7 juin au Pôle santé du Grand Narbonne.

L'opérateur de services aux professionnels de santé et investisseur immobilier parisien DocCity ouvre le 7 juin prochain sa première maison de consultations médicales au pôle santé de Montredon des Corbières à proximité Hôpital privé du Grand Narbonne (Groupe Elsan).

"Cette première unité pilote de plus de 800 m² comptera quatorze praticiens ainsi que des services de la clinique voisine sur une partie du plateau", indique Xavier Boutin, président de DocCity. Ce concept, qui réinvente l'immobilier de santé, propose aux médecins des bureaux meublés et des services associés : accueil, salle de détente pour les praticiens, entretien des locaux... *"Pour l'heure notre développement se fait en dehors de l'Occitanie sur des sites de 2 à 3000 m², néanmoins nous avons de nombreux contacts",* indique le dirigeant. DocCity envisage d'ouvrir entre 8 et 10 sites par an en France.

MdC

Egora, 11/05/2021

Pourquoi les médecins qui exercent en maisons de santé gagnent plus que leurs confrères

L'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) ne permet pas seulement de faciliter la coordination et de partager les charges, mais de gagner plus sans nécessairement travailler plus. C'est que démontre une étude conjointe de la Drees et de l'Irdes qui vient d'être publiée.

Fin 2018, on comptait à peine 20 maisons de santé pluriprofessionnelles en France. Début 2021, 1617 structures étaient recensées par la Cnam. Plébiscitées par les élus locaux, les MSP ont séduit quelques 14 200 professionnels de santé, qui y voient l'opportunité d'améliorer leurs conditions d'exercice en se répartissant la charge de travail et en partageant les dépenses de fonctionnement. Les promesses sont-elles tenues ? C'est la question à laquelle tentent de répondre la Drees* et l'Irdes** dans une étude conjointe publiée ce mardi 11 mai.

Alors que de précédentes études ont montré que les MSP "semblent avoir un effet favorable sur le nombre de médecins généralistes installés" et que "la qualité des soins et services rendus serait également plus élevée", "la question est de savoir si, du point de vue des professionnels de santé, et particulièrement des médecins généralistes, l'évolution de leurs revenus nets de charges est susceptible de refléter ou non une fragilité des MSP", exposent les auteurs, estimant que "cette fragilité pourrait, à moyen terme, constituer une barrière au développement ou à la pérennité des MSP et ce, malgré les financements perçus via l'ACI***."

Pour répondre à cette interrogation, les chercheurs ont comparé l'évolution des revenus et de l'activité libérale des médecins qui exerçaient en MSP sur la période 2008-2014 avec celle de leurs confrères n'exerçant pas dans ces structures. Pour prendre en compte les différences sociodémographiques entre ces deux populations de médecins, "il a été constitué, par appariement exact, un échantillon de médecins généralistes 'témoins' comparables en 2008 (en termes de genre, âge, configuration familiale, MEP, complément d'activité salariée, zone d'installation) aux médecins généralistes 'cas' exerçant en MSP en 2014". Ces derniers sont en effet plus jeunes (47.7 ans contre 48.7 hors MSP), moins souvent des femmes (25.4% contre 28.6%), plus

nombreux à vivre en couple mariés ou pacsés (83.1% contre 77.1%) et ont davantage d'enfants à charge (1.9 contre 1.6).

+2091 euros

Malgré cette correction, certains écarts persistent, qui pourraient être liés "à une conception différente de la pratique de la médecine générale", notent les chercheurs : les médecins des MSP semblent voir légèrement plus de patients en 2008 (+8.3% en file active, +5.2% en patientèle médecin traitant), avec une part de patients de moins de 15 ans plus importante (+7%); ils ont une part moins importante de leurs honoraires issue des visites à domicile (10.9% contre 12.3%) et ont plus souvent une activité salariée complémentaire (22,6% contre 15.3%).

Sur le plan des revenus, la différence est conséquente : "Entre 2008 et 2014, les médecins exerçant en MSP ont ainsi connu une progression additionnelle de revenu annuel de 2 091 euros comparativement aux médecins exerçant hors de telles structures", relève l'étude. Ce bonus n'est pas lié à un surcroît d'activités, "mais à une évolution plus rapide de la taille de leur patientèle" et des rémunérations forfaitaires associées. Les médecins en MSP ont augmenté leur file active de 89 patients supplémentaires par rapport à leurs confrères, ce "qui représente 4% de patients en sus vus au moins une fois sur l'année". "La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP", relèvent les chercheurs. Du fait de l'implantation des MSP, "le plus souvent dans des zones sous denses", les auteurs considèrent que cette augmentation de la file active est une amélioration de l'accès aux soins.

TABLEAU 1

Profil d'activité et de revenu des médecins généralistes ayant choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre en 2008 et en 2014

	2008 avant appariement				2008 après appariement				2014 après appariement			
	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS
Activité médicale et honoraires perçus												
Nombre d'actes (consultations, visites à domicile et actes techniques)	5 743	5 329	***	0,19	5 779	5 636	0,08	0,07	5 750	5 635	0,16	0,05
Montant des honoraires totaux incluant honoraires d'actes et paiement forfaitaires	153 174	140 022	***	0,23	154 087	148 184	**	0,11	175 016	166 594	***	0,13
Part des honoraires issues des visites à domicile	10,9	12,3	***	-0,14	10,9	12,3	***	-0,13	8,7	10,2	***	-0,16
Part des honoraires issues d'actes techniques	1,6	2,6	*	-0,10	1,6	1,4	0,62	0,01	1,8	1,7	0,73	-0,10
Honoraires non lié aux actes médicaux (incluant forfaits et rémunérations médecins traitants et paiements forfaitaires tels que la ROSP)	-	-	-	-	-	-	-	-	24 714	20 154	***	0,62
Montant de la rémunération ROSP	-	-	-	-	-	-	-	-	7 814	6 828	***	0,46
Caractéristiques de patientèle												
Nombre de patients rencontrés au moins une fois	1 772	1 593	***	0,29	1 774	1 638	***	0,22	2 171	1 952	***	0,33
Nombre de patients inscrits médecin traitant	812	717	***	0,20	821	780	**	0,08	1 248	1 171	***	0,28
Part de patients bénéficiaires de la CMU-C parmi les patients rencontrés au moins une fois	7,8	8,3	0,12	-0,06	7,8	7,3	*	0,06	7,9	7,3	**	0,08
Part de patients en affection longue durée parmi les patients rencontrés au moins une fois	15,2	15,0	0,25	0,04	15,2	15,1	0,63	0,02	18,3	18,1	0,25	0,04
Part de patients de moins de 15 ans parmi les patients rencontrés au moins une fois	24,3	21,5	***	0,42	24,3	22,7	***	0,23	21,5	19,7	***	0,27
Part de patients de plus de 65 ans parmi les patients rencontrés au moins une fois	15,5	16,1	*	-0,08	15,5	16,6	***	-0,13	21,2	22,1	**	-0,10
Revenus												
Montant des revenus net totaux (libéraux et salariés)	87 965	81 146	***	0,18	88 127	87 066	0,44	0,03	100 134	96 639	*	0,08
Montant des revenus libéraux net	84 027	78 403	***	0,15	84 415	83 539	0,53	0,02	95 090	92 244	0,07	0,07
Montant des revenus salariés net	3 938	2 743	***	0,14	3 712	3 527	0,56	0,02	5 044	4 396	0,1	0,06

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle ; Différence moyenne standardisée, c'est-à-dire différence absolue moyenne du score entre les groupes « cas » et « témoin », pondérée des poids de l'appariement, divisée par l'écart-type ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note - Les p-values correspondent aux t-tests pondérés et les seuils de significativité retenus sont : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1 ; DMS : différence de moyenne standardisée, i.e. différence absolue moyenne du score entre les groupes « cas » et « témoin », pondéré des poids de l'appariement, divisée par la l'écart-type.

Lecture - Avant appariement, les médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 reçoivent significativement plus de patients que leurs confrères n'ayant pas opéré ce choix ; cet écart persiste et reste significatif une fois les différences initiales de composition de la population contrôlées. Ce n'est pas le cas pour le nombre d'actes par exemple.

Champ - Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source - Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

Autre élément en faveur des MSP : la Rosp. Les médecins généralistes des maisons de santé ont perçu en moyenne 595 euros de plus que leurs confrères au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique en 2014, soit un bonus de 9%. "Alors que ce résultat pourrait être lié à une taille de patientèle médecin traitant plus élevée pour les médecins exerçant en MSP, les résultats du modèle qui contrôle précisément cet effet taille suggèrent plutôt qu'il existe une relation positive entre l'exercice en MSP et l'atteinte des objectifs de santé publique fixés dans la Rosp", relèvent les auteurs de l'étude. De quoi écarter, pour les chercheurs, la crainte que pourrait susciter en MSP "l'association entre un nombre plus élevé de patients vus et un nombre de consultations et visites relativement stable" sur la qualité des soins.

Et de conclure : " Ces premiers résultats semblent attester des bénéfices attendus de l'exercice pluriprofessionnel".

*Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé

** Irdes : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

*** Accord cadre interprofessionnel

La République du Centre, 10/05/2021

Désert médical

La future maison de santé Le Malesherbois/Puiseaux cherche des médecins... et sollicite Marion Cotillard



Le pôle de santé est prêt à tout pour trouver des médecins. © Eric Malot

Le projet de maison de santé multisites dans Le Malesherbois et à Puiseaux continue d'avancer, mais il manque cruellement de médecins généralistes. Pour en attirer, l'association frappe donc à toutes les portes. Vraiment toutes.

Le pôle de santé Le Malesherbois/Puiseaux, dont les prémices remontent à plusieurs années, continue à faire son chemin... non sans difficultés.

Les porteurs de ce projet de maison de santé multisites (un pour Le Malesherbois, un pour Puiseaux) sont un peu habitués à ronger leur frein. Déjà, le feu vert de l'Agence régionale de santé (ARS) avait attendu plusieurs mois, avant d'être finalement donné fin 2019.

Un an et demi plus tard, le problème est toujours le même : pour assurer la pérennité d'une maison de santé, il faut des médecins à l'intérieur. C'est bien là que le bât blesse.

"Les médecins de notre secteur partent les uns après les autres à la retraite, sans remplaçant... et pas de nouveau médecin à l'horizon. Malheureusement, sans médecin, nos efforts ne sont que coups d'épée dans l'eau", résume Dany Rouillet, ancienne orthophoniste à Malesherbes.

Elle préside aussi l'association MSP-LMP (Maison de Santé Pluridisciplinaire – Le Malesherbois Puiseaux), fondée pour porter le projet espéré, aux dernières nouvelles, pas avant fin 2022.

26 professionnels... mais deux médecins seulement

Restent à ce jour dans le projet, un généraliste bientôt à la retraite, et une jeune femme juste diplômée, et à mi-temps.

"Si c'est pour que, dans trois ou cinq ans, cela devienne une coquille vide, ça n'a pas d'intérêt", souligne Dany Roulet.

Car la problématique s'est encore accentuée ces derniers mois. "Fin 2020, des praticiens de Puiseaux se sont désistés", explique Dany Roulet. En conséquence, il a fallu réécrire le projet : le site de Puiseaux sera désormais un cabinet, rattaché à la Maison de santé du Malesherbois.

Il reste tout de même aujourd'hui dans le projet, 26 professionnels engagés.

Ils sont 13 à Puiseaux, avec sept infirmières, un kinésithérapeute, un pédicure-podologue, un ergothérapeute, un orthophoniste...

Et le même nombre pour Le Malesherbois, avec notamment trois infirmières, deux dentistes, un psychologue, un psychomotricien, un endocrinologue, un pédicure, un ostéopathe, et un orthoptiste.

Une lettre à Marion Cotillard

Pour attirer, aux côtés de tous ceux-là, des généralistes, tous les moyens seront bons.

"On sait qu'on n'est pas les seuls, que le Loiret est particulièrement déserté."

D'où la nécessité d'être inventif et de ne pas se brider. Une lettre a ainsi été envoyée à Marion Cotillard (qui fut collégienne à Puiseaux), dans l'espoir de valoriser le territoire.

Mais le message a aussi été envoyé à des facultés de médecine, ou des professionnels de santé. L'argument financier, avec la prime de 50.000 euros prévue par l'ARS pour s'installer dans une zone désertée, est aussi rappelé.

En attendant, du côté des bâtiments, dans Le Malesherbois, les choses avancent. La maison de santé s'installera à la place de l'ancien Carrefour contact. Un programmiste a élaboré le projet ces derniers mois, avec un comité de pilotage composé d'élus de la communauté de communes, du Malesherbois et de représentants de l'association MSP-LMP. Un laboratoire d'analyses médicales est aussi prévu dans ces locaux.

Dimitri Crozet

3 E-santé

News Assurances pro.com, 14/05/2021

E-Santé : Axa et Microsoft créent une plateforme commune



La siège du groupe Axa, avenue Matignon à Paris.

L'assureur Axa et le géant de l'informatique Microsoft ont annoncé mercredi une collaboration pour créer "une plateforme numérique de soins de santé".

Celle-ci doit donner accès à *"un écosystème de services de santé ouvert à tous"* avec par exemple un outil d'auto-évaluation et de prévention, une conciergerie médicale, une interface de consultation à distance, des services de soins à domicile ou un annuaire de professionnels de santé.

"En outre, la plateforme permettra de décloisonner les services de santé afin d'améliorer la recherche, les traitements et la prévention des maladies", détaille Axa dans son communiqué.

Un programme pilote comprenant certaines des fonctionnalités annoncées a déjà été lancé fin 2020 et est actuellement disponible en Allemagne et en Italie, avant d'être déployé d'ici à 2022 au Royaume-Uni, en Belgique, en Espagne et en Suisse. Il pourra ensuite être étendu à d'autres pays.

"A long terme, la plateforme permettra l'intégration de services tiers, avec l'ambition de créer un service ouvert et global pour les fournisseurs de soins de santé et les patients, qu'ils soient ou non clients d'Axa", souligne l'assureur. Selon le communiqué, la plateforme utilisera les technologies Microsoft Cloud for Healthcare, et devra garantir la protection de la vie privée des utilisateurs.

e-santé : Alan lève 185 millions d'euros



© DR

Première assurance santé 100 % digitale en Europe lors de sa création en 2016, la start-up française Alan vient de lever 185 millions d'euros pour développer sa « super-app » de santé avec l'ambition de couvrir 1 million de membres et de recruter 400 personnes d'ici à 2023.

Après avoir enregistré 100 % de croissance en 2020, passé le cap de 155 000 membres et 100 millions d'euros de revenus annualisés, la start-up française Alan boucle un financement de 185 millions d'euros, pour 1,4 milliard d'euros de valorisation. Ce tour de table est mené par Coatue Management avec Dragoneer et Exor. Index Ventures, Ribbit Capital et Temasek renouvellent également leur confiance à l'équipe.

Alan, dont le modèle repose sur la vente de contrats d'assurance santé aux entreprises de toutes tailles, propose à ses membres de l'information personnalisée, des rappels de prévention automatiques, un chat médical sécurisé, de la téléconsultation ainsi que le paiement, le remboursement et le suivi de soins. Ces services simples d'utilisation et rapides, rassemblés dans l'application d'Alan, offrent une expérience plus personnelle du parcours de soin et favorisent la prévention.

« Nous sommes heureux d'aider Alan à transformer le marché de la santé. Avec son approche unique centrée sur l'humain, Alan est en mesure de réduire significativement les coûts pour le système de santé. Nous sommes fiers de partager la vision d'Alan pour une "super-app" de santé », commente Philippe Laffont, fondateur de Coatue.

Priorité aux membres

Avec la crise du COVID-19, les membres d'Alan ont été particulièrement prompts à utiliser les services de leur « super-app », et à les promouvoir. Avec un taux de recommandation (NPS) de 69, contre 10 à 20 pour le marché assurantiel en France, Alan prouve l'impact de son attention extrême à l'expérience client :

Remboursements « instantanés » : Alan rembourse jusqu'à 86% des soins en moins d'une heure et réduit la charge mentale financière de ses membres.

Prévention : Alan a développé des outils d'accompagnement face au COVID-19, allant de l'autodiagnostic à la livraison de masques en passant par la mise en place d'une ligne de soutien psychologique.

Chat médical sécurisé : Alan a recruté ses propres médecins afin qu'ils répondent à toutes les préoccupations des membres en moins de deux heures.

Accès direct à la communauté : Alan permet à ses membres de se soutenir mutuellement au sein de la fonction « Communauté », modérée par des professionnels de santé.

Fonctionnalités locales en Espagne et en Belgique : Alan a fait le choix de développer des fonctionnalités spécifiques dans chaque pays, adaptées aux besoins de ses utilisateurs locaux.

Réintroduire de la confiance (et même du plaisir) dans la santé

Avec ce nouveau tour de financement, Alan prévoit d'investir en priorité :

FR Pour les entreprises françaises : dans l'automatisation des démarches RH, l'affiliation des employés à l'assurance santé et à la prévoyance, la gestion des fiches de paye et des arrêts de travail.

BE Pour les assurés en Belgique : dans le chat médical et le soutien psychologique afin de permettre aux membres de recevoir des réponses adaptées à leurs besoins et de développer des réflexes préventifs.

ES Pour les assurés en Espagne : dans un service de conciergerie médicale pour identifier le bon médecin et prendre rendez-vous.

EU Pour tout le monde : dans l'accompagnement personnalisé du parcours de soin ainsi que dans des services de santé grand public (à l'instar de l'application gratuite Alan Baby) ou relatifs à la santé mentale.

Jean-Charles Samuelian-Werve, co-fondateur et PDG d'Alan déclare :

« Notre rôle en tant que partenaire de confiance, plus encore après la pandémie, c'est de ré-engager les gens avec le système de santé. Pour Alan, cela veut dire :

1. Personnaliser l'offre et l'adapter aux besoins de chacun
2. Offrir le meilleur prix et alléger la charge financière que peut représenter la santé
3. Répondre de manière incroyablement sûre et rapide aux questions sur le bien-être ou la santé
4. Aider proactivement les membres à prendre les meilleures décisions pour leur santé

Nous faisons tout cela en réunissant le meilleur de la technologie et de l'humain. L'innovation et le design appliqués à la santé permettent de changer les comportements en faveur de la prévention et d'augmenter la consommation de soins. C'est ce que nous appelons l'effet Alan, et notre stratégie est de l'amplifier. Avec Philippe Laffont et l'équipe de Coatue aux côtés de nos investisseurs historiques, nous sommes en bonne position pour relever ce défi et devenir le partenaire santé de choix pour des centaines de millions de personnes. »

Alan recrutera 400 personnes supplémentaires dans toute l'Europe, notamment pour ses équipes internationales dont l'effectif passera de 30 à 140, et prévoit de couvrir 1 million de personnes d'ici à 2023 afin d'être rentable en France d'ici deux ans.

Cédric O, Secrétaire d'Etat chargé de la Transition numérique et des Communications électroniques au sujet de l'annonce :

« Le succès d'Alan est la preuve que la France peut donner naissance et faire grandir des pépites à l'avenir international. Depuis 2017, le Gouvernement soutient activement ses start-up car nous savons avec Bruno Le Maire, qu'elles sont un pilier essentiel de la vitalité économique française et de la souveraineté technologique européenne. Malgré la crise, Alan devient la 12ème licorne française et prévoit de recruter 400 personnes d'ici 2023 ! Je suis très fier du chemin parcouru par les équipes d'Alan en seulement quelques années et je sais que leur réussite va inspirer beaucoup d'autres entrepreneurs de la French Tech, qui est désormais le 1^{er} écosystème tech au sein de l'Union Européenne. »

4 Sagéo et ses partenaires

La Charente Libre, 12/05/2021

Des médecins entrent en gare d'Angoulême

8

GRAND ANGOULÊME

Charente Libre

En kiosque, en ligne ou par abonnement chacun sa façon de vivre l'information !

www.charentelibre.fr

Mercredi 12 mai 2021

■ Un nouveau pôle de santé verra le jour l'année prochaine à la place de l'ancien buffet de la gare SNCF

■ Cinq généralistes et une vingtaine de professionnels vont s'y installer ■ La Ville a-t-elle trouvé une solution à la pénurie de médecins?

Julien BONNET
j.bonnet@charentelibre.fr

Allez à la gare pour une urgence médicale, ce sera bientôt possible à Angoulême. MI-2022, un pôle de santé devrait en effet s'installer dans l'ancien buffet de la gare SNCF, au rez-de-chaussée, et dans un local à l'étage, actuellement désaffectés. Une vingtaine de généralistes, spécialistes et professions paramédicales sont attendus sur place. Les négociations, «qui avancent bien», selon la SNCF, sont toujours en cours et portent sur des points administratifs. C'est la société Sagéo qui porte le projet. Spécialisée dans les pôles de santé regroupant plusieurs disciplines, elle a déjà ouvert trois sites et compte une vingtaine de projets partout en France.

Ouvert six jours sur sept

Son développement à Angoulême est la conséquence d'une rencontre avec l'Agence régionale de santé «qui a identifié la Charente comme un département en tension médicale», explique Nicolas Boudeville, président de Sagéo. Sa société a ainsi bénéficié du programme 1001 Gares, porté par la SNCF pour faire revivre ses lo-

Des médecins entrent en gare d'Angoulême



Le pôle de santé de Sagéo s'implanterait dans l'ancien buffet de la gare.

Photos Renaud Joubert

caux vacants (lire par ailleurs). Ce pôle de santé se veut avant tout connecté. «Ces pôles sont axés sur le numérique et la prévention. Nous les avons travaillés avec des experts et des élus locaux pour attirer les professionnels de santé», détaille Nicolas Boudeville, qui espère ainsi attirer cinq généralistes, salariés de la future association Sagéo Santé Angoulême (qui gèrera le pôle) ou libéraux. Concrètement, le pôle pourra réaliser de l'imagerie médicale, de la téléconsultation et des examens. «Il sera relié à un plateau technique hospitalier, privé ou public, pour que les généralistes soient en lien avec des spécialistes», précise Nicolas Boudeville. Le géné-

raliste peut donc réaliser des examens, notamment en cardiologie, et partager le dossier du patient avec ces spécialistes. De cette façon, tout le suivi est effectué au pôle de santé, ce qui permet de désengorger les spécialités et de répondre au souhait des généralistes d'aller sur des pathologies plus complexes.»

Désengorger les urgences

Ce pôle nouvelle génération sera ouvert de 8h à 22h, six jours sur sept, et bénéficiera de son propre accès sur l'esplanade pour éviter de passer par le hall de la gare. Il hébergera à terme cinq méde-

cins généralistes (conventionnés secteur 1 avec tiers payant), trois fauteuils dentaires, un ophtalmologue, deux orthoptistes, une sage-femme, un service biologie et des activités paramédicales. 24 à 26 personnes travailleront ainsi dans ce pôle d'environ 600 m². En parallèle, des services de prévention permettront de suivre des seniors, des personnes victimes d'affections longue durée ou de risques cardio-vasculaires. Le futur pôle pourra également gérer les urgences non-vitales pour désengorger les hôpitaux. «De 19h à 22h, nous avons un créneau réservé aux soins non programmés et à la petite urgence», ajoute le président de Sagéo.

Angoulême en quête de médecins

L'installation de ce nouveau pôle de santé devrait soulager le quartier de L'Houmeau, tout proche. Depuis le début de l'année, ses habitants ont en effet perdu trois des quatre médecins généralistes, laissant 5.000 patients sans solution. Le D^r Yves Aubert assure la seule présence médicale de ce quartier décrit comme «attractif» par la Ville. Pour l'épauler, le Département s'est organisé avec le centre de santé de Brie pour ouvrir une antenne sur place. Celle-ci démarrera son activité le 19 mai prochain mais prendra son rythme de croisière en septembre. De même, la mairie compte implanter un centre de santé polyvalent dans l'ancien centre commercial «le Panorama», au cœur du quartier Bel-Air - Grand-Font, tout proche. Chacun essaye donc de trouver une solution pour maintenir les médecins sur place. Le projet de Sagéo fait partie de cette stratégie globale. «On arrive dans une logique de complémentarité. On complète l'offre déjà sur place ou envisagée, notamment par le Département», assure Nicolas Boudeville, le président de Sagéo.

»

De 19h à 22h, nous avons un créneau réservé aux soins non programmés et à la petite urgence.



La SNCF doit vider et remettre en état les locaux qui accueilleraient le pôle de santé.

France Bleu arrive aussi

En attendant la validation du projet et le lancement des travaux, la SNCF a d'autres chats à fouetter. Au 1^{er} juin, elle doit livrer une «coque» à Radio France, soit un local vide mais rénové. Ce local accueillera le bureau local de France Bleu La Rochelle. L'antenne locale de la radio publique a longtemps été hébergée dans les locaux de Sud Ouest, rue Hergé. Elle a dû le quitter quand l'agence angevine de nos confrères a fermé en septembre dernier. L'installation de France Bleu, comme celle envisagée avec Sagéo, fait partie du plan national 1001 Gares, hérité du programme Open Gare lancé en Nouvelle-Aquitaine il y a cinq

ans. «Nous nous sommes aperçus que nos gares se vidaient, nous avons donc eu l'idée d'y accueillir des services tiers comme des collectivités publiques, des commerces, des associations...», explique Pierre Longueux, responsable patrimoine à Gares et Connexions Nouvelle-Aquitaine, qui pilote le plan 1001 Gares. Si l'implantation de Sagéo aboutit, la gare d'Angoulême sera complètement occupée. Au contraire de celle de Cognac, qui cherche toujours des porteurs de projet. D'autres gares charentaises pourraient, à terme, intégrer ce programme qui en compte 78 en Nouvelle-Aquitaine.

