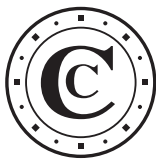


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Rapport public thématique

Synthèse

Mai 2024

 **AVERTISSEMENT**

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités concernés figurent à la suite du rapport.

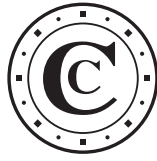
Sommaire

Introduction	5
1 Un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint.	7
2 Des mesures successives, peu coordonnées et de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin	11
3 Une politique publique à « mettre sous tension », avec un affichage clair des résultats à atteindre	13
Recommandations	15

Introduction

Les Français ont de plus en plus de mal à accéder aux soins de premier recours, au point que l'on qualifie une partie importante du territoire national de « désert médical ». Définis de manière large par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues. L'importance de ces soins - parfois aussi appelés soins primaires ou de première ligne - a pourtant été reconnue et promue depuis plus de quarante ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹. Elle a été consacrée en France par plusieurs lois qui ont cherché à améliorer la couverture des besoins par des équipes de professionnels de premier recours, disponibles et compétents, facteur reconnu comme décisif de l'efficacité du système de santé.

1. Avec la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 relative à la place des soins primaires dans les systèmes de santé, ces enjeux ont été identifiés il y a presque 50 ans par l'OMS. L'OCDE, quant à elle, a consacré de nombreux rapports appelant l'attention sur la nécessité de développer les soins primaires.



1 Un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint

En France comme dans l'ensemble des pays développés, les déséquilibres s'aggravent entre la demande et l'offre pour ce type de soins.

L'offre de soins résulte d'évolutions complexes et contradictoires des effectifs des professionnels de santé comme de la modification des comportements de ces professionnels, notamment de la diminution des créneaux de soins ouverts en soirée ou les week-ends.

La demande, quant à elle, augmente en raison de la fréquence croissante des pathologies chroniques qui induisent un volume de soins dits « programmés » de plus en plus important (ils représentent 70 % environ de la charge de travail des médecins généralistes). Du fait de la saturation des agendas mais aussi de l'évolution des demandes, en outre, les

patients rencontrent de plus en plus de difficultés à trouver une réponse à leurs demandes de soins dits « non programmés ».

Plusieurs indicateurs quantitatifs traduisent ces tensions : les délais moyens pour obtenir des rendez-vous avec les médecins s'allongent, selon les données disponibles - même lacunaires. La part de patients sans médecin traitant s'accroît, de même que la part de médecins ne prenant plus de nouveaux patients. Les efforts réalisés pour « aller-vers » les patients les plus éloignés du soin se heurtent aux mêmes difficultés, liées à la saturation de l'offre médicale. Parmi les patients sans médecin traitant, la part des plus précaires (bénéficiant de l'assurance complémentaire santé solidaire - C2S), plus importante, s'accroît aussi proportionnellement plus vite.

Un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint

Inadéquation entre offre et demande de soins : des conséquences dommageables



Source : Cour des comptes

Un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint

Les analyses plus particulières relatives au département de l'Aveyron, ou encore plus nettement au territoire de Nouvelle-Calédonie², montrent l'ampleur des carences constatées dans certains territoires, dans lesquels l'offre de soins de premier recours est très faible, alors que l'enclavement de ces territoires rend souvent les déplacements vers des lieux de soins longs.

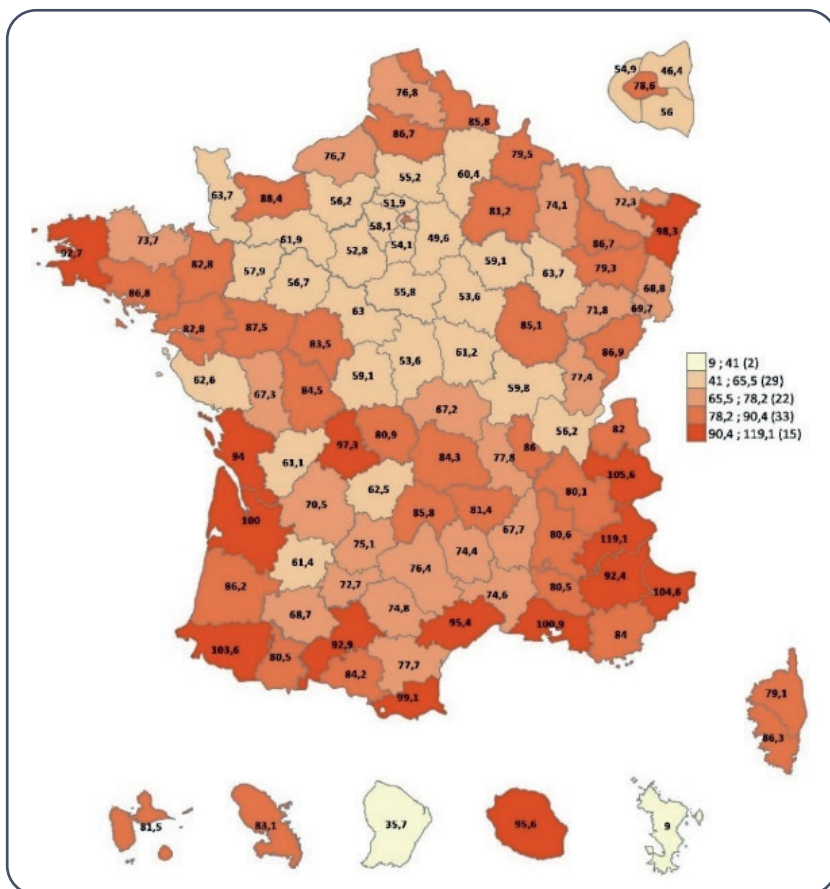
Plus généralement, les inégalités dans la répartition géographique des professionnels sont importantes et

s'aggravent globalement : le taux de patients sans médecin traitant peut représenter jusqu'au quart des patients (soit deux fois plus que la moyenne) et le taux de passages aux urgences sans gravité particulière atteindre 40 % dans certains territoires, comme dans les Ardennes, par exemple, selon l'observatoire des urgences de Grand Est. Derrière ces données, se profile le risque de relations parfois dégradées entre les professionnels de santé et les patients avec notamment la multiplication de consultations limitées à un seul « motif ».

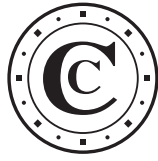
2. Même si la santé est une compétence du territoire et ne relève donc pas de la compétence des autorités de métropole, l'examen de l'organisation des soins de premier recours en Nouvelle-Calédonie met en évidence l'acuité des différences de situation entre provinces et entre territoires plus fins, et l'importance d'une stratégie globale, coordonnée, pour répondre aux défis liés à ce premier échelon de soins.

Un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint

Nombre de médecins généralistes, hors médecins à expertise particulière, pour 100 000 habitants en 2021



Source : Cnam



2 Des mesures successives, peu coordonnées et de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin

Depuis la fin des années 1990, divers plans ou mesures ont été déployés pour mieux organiser les soins de premier recours, en améliorer l'efficacité ou équilibrer leur répartition géographique.

L'accent a d'abord été mis sur le rôle de « pivot » donné aux médecins généralistes « référents », puis « traitants ». Des « réseaux de soins » ont été organisés pour faciliter cette orientation et partager la charge du suivi des patients. Divers « pactes » ou « plans » ont ensuite cherché à renforcer et à mieux orienter les aides versées aux professionnels de santé pour favoriser leur installation, ou leur maintien, dans des zones peu dotées en médecins.

À partir des années 2010, l'objectif a plutôt été de développer des structures de soins dites « coordonnées » : maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé médicaux et polyvalents. Plus récemment, la priorité a été donnée également au développement des coopérations entre professions de santé et à l'optimisation (ou à « l'économie ») du temps médical. En parallèle, diverses mesures ont été adoptées, visant à confier à des établissements sanitaires des missions

d'appui aux professionnels libéraux de premier recours.

Ces mesures sont restées dispersées. La loi de juillet 2009 dite « hôpital, patients, santé, territoires - HPST » avait pourtant posé le principe d'une responsabilité publique « d'organiser les soins de premier recours » et confié aux agences régionales de santé la mission de sa mise en œuvre, mais celles-ci n'ont pas disposé d'outils juridiques ou financiers suffisants pour bâtir une stratégie d'ensemble.

La stratégie esquissée au niveau national, avec les lois de janvier 2016 et de juillet 2019, puis avec la stratégie nationale de santé pour les années 2017-2022 a réaffirmé le caractère indispensable de la modernisation et de l'adaptation des soins de premier recours. Cependant, cette stratégie est demeurée peu traduite en objectifs opérationnels évaluables. Les bilans effectués décomptent le nombre de dispositifs déployés, s'intéressent parfois aux montants mobilisés mais détaillent peu les difficultés rencontrées et ne rapprochent pas les résultats obtenus des ambitions affichées, ni même des moyens financiers affectés, qui ne font pas l'objet d'une consolidation. Le contraste est donc important entre

Des mesures successives, peu coordonnées et de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin

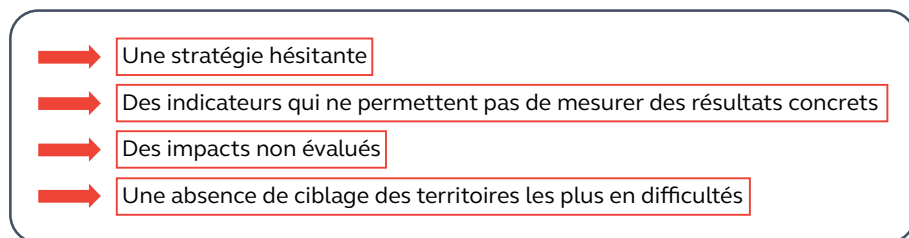
l'ambition des mesures annoncées et le « sentiment d'abandon » que peuvent connaître les habitants des territoires les plus fragilisés.

Qu'il s'agisse des aides directes aux professionnels de santé, destinées à favoriser leur installation ou leur maintien en zones fragiles, ou de celles visant à développer l'exercice coordonné entre professionnels ou à économiser le temps médical, la multiplication même de ces dispositifs dont certains sont encore en phase de montée en charge, et leur instabilité dans le temps rendent une consolidation globale des résultats très difficile. La pertinence de ces divers outils n'est pas garantie, d'autant moins que les aides proposées sont peu ciblées.

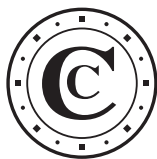
Des éléments positifs sont à noter, certes, par exemple s'agissant de la mise en place du service d'accès aux soins. Dans l'ensemble, cependant, du double point de vue de l'accès aux soins et de la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, les aides apportées, même en hausse, se révèlent insuffisantes si l'on en juge par leur faible impact.

En outre, la possibilité pour les professionnels de métiers différents d'organiser des coopérations structurées est insuffisamment mise en pratique. Nombre d'études comparatives montrent que les délégations de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé sont moindres en France que dans les autres pays développés.

Une politique insuffisamment ciblée



Source : Cour des comptes



3 Une politique publique à « mettre sous tension », avec un affichage clair des résultats à atteindre

À partir des différents outils et leviers progressivement rassemblés, quelle devrait être la méthode pour diffuser dans les territoires les pratiques les plus efficaces et les plus efficientes ? Les analyses détaillées incluses dans les cahiers territoriaux contribuent à rendre plus concrètes les pistes d'évolutions proposées dans le cahier national. L'analyse des différentes interventions publiques menées dans le périmètre de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châteaubriant, en Loire-Atlantique, montre en premier lieu l'intérêt d'actions proches du terrain et adaptées aux réalités locales : dans leur multiplicité et leur diversité, les aides accordées par les collectivités territoriales en complément des dispositifs nationaux y ont contribué à une dynamique, mais encore fragile ou insuffisante. L'analyse des interventions menées par l'ARS et la Cpm dans le département de l'Aveyron met en évidence, en deuxième lieu, des réussites indiscutables, notamment dans le périmètre de la CPTS de l'Aubrac, mais permet de relever à l'inverse la persistance ou même l'aggravation de situation de carences, dans plusieurs bassins de vie.

Pour consolider et rendre durables les dynamiques positives déjà engagées et surtout pour éviter

que ces dynamiques « n'oublient » des territoires entiers, une stratégie globale est indispensable, destinée à mobiliser de manière ajustée les leviers disponibles, en fonction des alertes identifiées dans chaque territoire. Comme le montrent les premiers travaux engagés en ce sens dans le département de l'Aveyron, la définition au niveau des départements de projets territoriaux d'organisation des soins de premier recours, déclinés ensuite par CPTS (ou bassins de vie, en leur absence), paraît prometteuse et mériterait d'être généralisée. Ces projets, placés sous l'égide des délégations départementales des ARS et des Cpm mais ouverts à des partenariats, devraient être clairement animés par une logique de résultats, à partir d'une batterie très sélective d'indicateurs « d'alerte ». Les administrations nationales, quant à elles, devraient ajuster leurs outils pour soutenir et outiller cette démarche, en guidant et évaluant de manière périodique ses progrès.

Au service de ces projets territoriaux, les aides existantes seraient adaptées, en devenant plus sélectives et ciblées sur les territoires ou les patients les plus vulnérables. Dans les territoires les plus carencés, des interventions plus volontaristes sont indispensables, cependant, avec le déploiement si nécessaire de

Une politique publique à « mettre sous tension », avec un affichage clair des résultats à atteindre

centres de santé hospitaliers ou le déploiement de cabinets médicaux secondaires, soutenus par des aides à la construction et l'aménagement et – à terme – par une obligation

d'exercice partiel en zones sous-denses, en contrepartie de la possibilité données aux médecins, généralistes et spécialistes, de s'installer dans des zones les mieux dotées.

Recommandations

- 1.** Inscrire dans les missions des schémas territoriaux de santé la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (*ministère de la santé*).
- 2.** Établir au niveau national un suivi annuel de la politique d'amélioration de l'accès aux soins de premier recours, placé sous le pilotage administratif du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (*ministère de la santé*).
- 3.** Prévoir, dans le cadre des négociations conventionnelles entre la CNAM et les médecins libéraux, qu'une part des aides à la création d'emplois d'assistants médicaux soit allouée, de manière distincte, sur des critères de priorités territoriales (par exemple de 50 %) (*ministère de la santé, Cnam*).
- 4.** Pour développer la coopération entre professionnels de santé, conditionner l'aide apportée aux différentes structures d'exercice coordonné par la signature de protocoles (*ministère de la santé, Cnam*).
- 5.** Encourager les médecins à venir exercer à temps partiel dans les zones manquant de professionnels de santé : à court terme en complétant les aides des collectivités territoriales à l'équipement de cabinets secondaires ; et, à plus long terme, en conditionnant toute nouvelle installation dans les zones les mieux dotées en médecins à un engagement d'exercice partiel dans les zones les moins bien dotées (*ministère de la santé*).
- 6.** Étendre aux médecins hospitaliers exerçant dans des centres de santé hospitaliers la possibilité de percevoir une rémunération partiellement indexée sur leur activité, dans des conditions juridiques sécurisées (*ministère de la santé*).
- 7.** Dans les zones manquant de professionnels de santé, confier aux hôpitaux une mission d'intérêt général nouvelle, consistant à déployer des centres de santé polyvalents (*ministère de la santé*).